Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

Rapport annuel de gestion 2012-2013

2

Adopté par le conseil d'administration
le 12 juin 2013

Table des matières

Mot de la présidente du CA et du directeur général 5

1. Déclaration sur la fiabilité des données 7

2. Plan d'organisation 8

3. Effectifs du personnel et des médecins 9

B. Membres du CMDP (actifs et honoraires) 10

4. Présentation de l'établissement 11

5. Principaux enjeux organisationnels 15

5.1 Résultats de l'entente de gestion 17

5.2 Volumes des activités 27

6. Direction et programmes 36

6.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique 36

6.2 Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran 43

6.3 Direction santé physique et personne en perte d'autonomie lié au veillissement 44

6.4 Direction des services professionnels et du partenariat médical 48

6.5 Direction des soins infirmiers et de la qualité 50

7. Ressources humaines 53

8. Ressources financières, matérielles et informationnelles 56

9. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 61

10. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 62

11. Conseils et comités de l'établissement 64

11.1 Conseil d'administration 64

11.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 65
11.3 Conseil multidisciplinaire. 68
11.4 Comité des infirmières et infirmiers (CII) 72
11.5 Comité d'éthique et de gouvernance. 75
11.6 Comité de vigilance et de la qualité 76
11.7 Comité des usagers. 79
11.8 Comité d'éthique 85
11.9 Comité de gestion des risques 87
12. Rapport de la direction 94
13. États financiers 95
14. Loi 100 et optimisation 101
15. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 102
16. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup 107
17. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs. 108
18. Acronymes. 111

Mot de la présidente du CA et du directeur général

M. Doris Laliberté-Kirouac
Présidente du conseil d'administration

M. Daniel Lévesque
Directeur général

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2012-2013 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup. Ce rapport présente les réalisations des équipes de travail du CSSS au cours du dernier exercice financier.

L'établissement a poursuivi ses travaux portant sur la gouvernance de l'organisation. Dans cette perspective, plusieurs actions ont été menées. À ce titre, le plan d'organisation a été révisé afin, entre autres, de faciliter la coordination des activités des programmes à la prestation de service. De plus, deux directions ont vu leurs rôles révisés afin de tenir compte des activités qualité et du développement organisationnel. Enfin, la révision du plan d'organisation tient compte de la nécessité d'une présence plus grande des cadres auprès de leurs employés. Les travaux portant sur la planification stratégique se sont poursuivis et une période de consultation a été réalisée auprès des employés et des différentes instances internes et externes de l'organisation. La planification stratégique du CSSS sera adoptée à l'automne 2013 lors d'une séance ordinaire du conseil d'administration. Enfin, les administrateurs du CSSS ont aussi été très actifs au cours de la dernière année afin de mettre en place un ensemble de mesures pour améliorer la gouvernance du conseil d'administration.

En juin 2012, la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup a fêté ses 25 ans. Fondée en 1987, la Fondation, grâce à ses nombreux donateurs, a rendu possible le financement d'équipements médicaux au CSSS pour un montant de plus de 5 millions $, et ce, afin de répondre aux besoins de notre population. Au nom du conseil d'administration, nous tenons à remercier la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup ainsi que ses nombreux donateurs et bénévoles pour leur engagement auprès de la population de notre territoire.

Au cours de l'année, Agrément Canada nous a rendu visite afin de constater nos progrès à la suite des recommandations émises en juin 2011. Grâce aux efforts de tous, mais particulièrement des conseils professionnels du conseil d'administration, des différents comités de travail dédiés à cette tâche et de la direction des soins infirmiers et de la qualité, les visiteurs ont été entièrement satisfaits du travail accompli.

En 2012-2013, se sont aussi poursuivis des travaux afin d'ajuster l'offre de service aux besoins de la population. Ainsi, le conseil d'administration a adopté le plan local de santé publique. Ce plan vient encadrer l'ensemble des actions en promotion et prévention pour les trois prochaines années. Dans ce contexte, la consolidation de notre réseau local de santé (RLS) est l'une des actions structurantes permettant l'amélioration de la santé de la population de notre territoire. D'autre part, à l'instar de plusieurs régions du Québec, nous connaissons des difficultés d'accès à un médecin de famille. D'ailleurs, des travaux sont en cours pour coordonner nos efforts (le CSSS et les médecins de famille) afin de réduire les impacts négatifs sur la population. De plus, dans la foulée des orientations nationales, notre CSSS a poursuivi ses efforts afin d'augmenter l'offre de service en soutien à domicile pour toute clientèle, ajuster l'offre de service en première ligne pour la clientèle jeune, développer l'offre de service en services sociaux généraux et enfin, accroître l'accès aux services spécialisés.

Pour une deuxième année consécutive, notre comité Qualité de vie au travail a fait du Gala reconnaissance, organisé au printemps 2012, un franc succès. D'ailleurs, les membres du comité planchent déjà sur l'édition 2013, certains changements sont à prévoir. Au cours de l'année, d'importants travaux sur la planification de la main-d'oeuvre ont été menés. On doit aussi souligner que notre établissement a procédé à l'embauche de 197 personnes (2012-2013), une augmentation de 13 % par rapport à l'année précédente. Aussi, le développement d'une approche d'amélioration continue dans notre établissement se poursuit. De ce fait, plusieurs projets en cours portent sur l'amélioration de la qualité, de l'accès et de la continuité des services ainsi que sur l'efficience dans la prestation des services. Nous sommes à même de constater l'engagement de plus en plus important des employés et médecins dans cette démarche.

Des travaux importants sur le plan immobilier sont prévus au cours des prochaines années. À ce titre, la phase de planification des travaux de renforcement sismique et du remplacement du groupe électrogène au CHRGP a été complétée. Les travaux seront d'une durée de 18 à 24 mois (2013-2015). D'autre part, le projet du CHSLD de 72 lits a franchi une nouvelle étape : les plans et devis préliminaires ont été déposés pour approbation à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (ASSS BSL) et au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Enfin, le conseil d'administration a demandé à la direction du CSSS de préparer une planification immobilière et clinique afin d'adapter nos installations aux besoins de la population.

Le CSSS de Rivière-du-Loup a terminé l'année financière avec un surplus de 374 574 $. Ce résultat est remarquable étant donné que l'établissement a dû composer avec des restrictions budgétaires en lien avec la loi 100 et avec les mesures d'optimisation exigées à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. La prochaine année s'annonce difficile sur le plan budgétaire puisque ces mesures se poursuivront.

Au nom des membres du conseil d'administration, nous tenons à remercier les employés, les médecins, les gestionnaires et les bénévoles qui par leur travail et leur engagement, font que notre établissement offre des services de qualité. Nous vous invitons à prendre connaissance de notre rapport annuel de gestion 2012-2013, qui fait état des réalisations au cours de la dernière année.

Mme Doris Laliberté-Kirouac
Présidente du conseil d'administration

M. Daniel Lévesque
Directeur général

1. Déclaration sur la fiabilité des données

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2012-2013 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

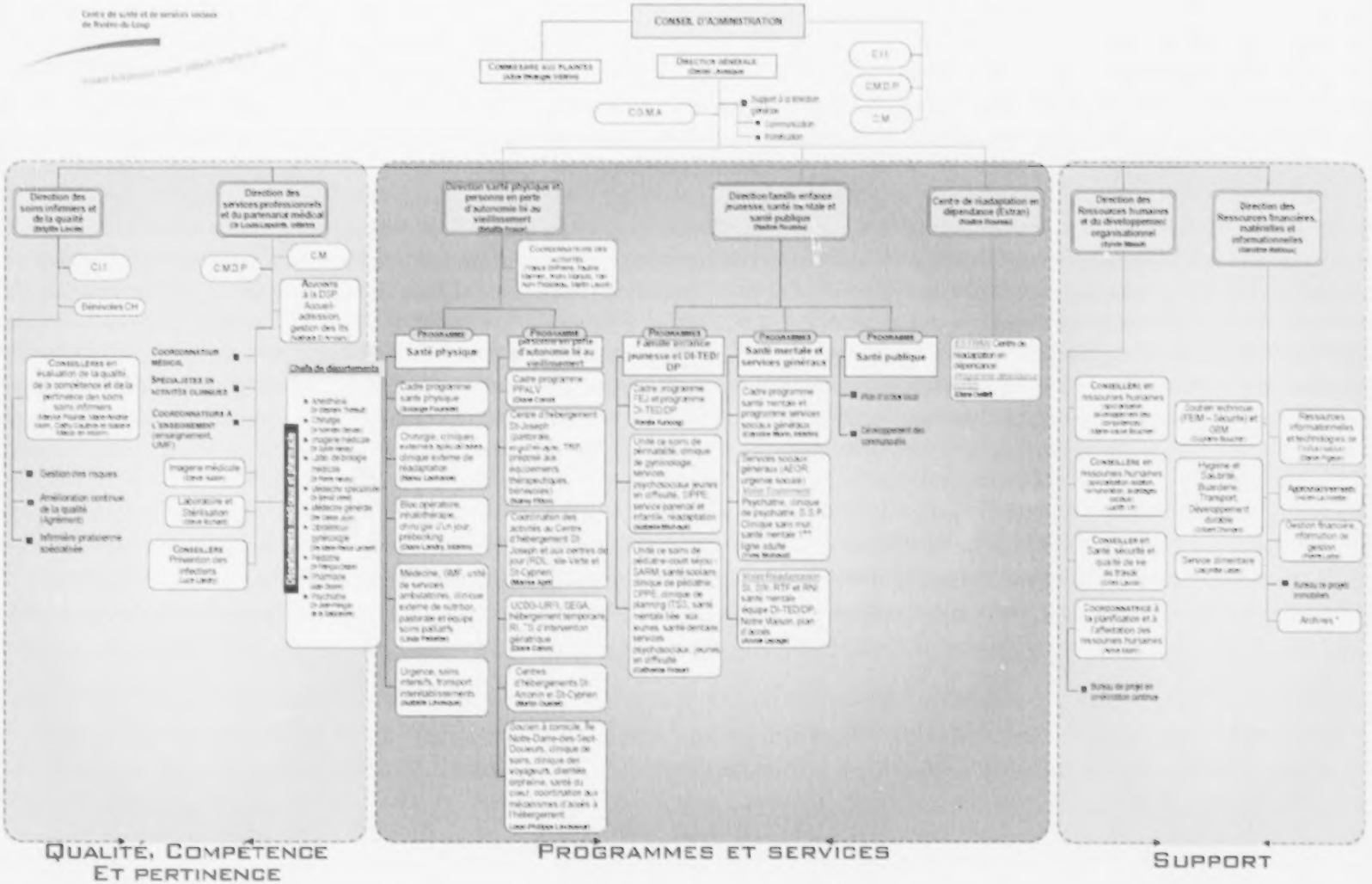
Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Signé à Rivière-du-Loup, le 30 juin 2013

Signature :

Daniel Lévesque, directeur général

2. Plan d'organisation



3. Effectifs du personnel et des médecins

A. Effectifs du personnel au 31 mars 2013

	2012-2013	2011-2012
Cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	45	45
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5	4
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	616	627
Temps partiel Nombre de personnes: équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	277	273
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	395,873	365,831
Équivalents temps complet (b)	217	199

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;
Divisé par : nombre d'heures de travail d'un employés à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante :
Nombre d'heures rémunérées;
Divisé par : 1 826 heures

B. Membres du CMDP (actifs et honoraires)

Département anesthésiologie
D'Amours, Jean-François
Dolbec, Pierre
Khefif, Ghania
Simoneau, Noëlla
Thériault, Stéphane

Département chirurgie
Service - chirurgie générale
Arsenault, Jean-Pierre
Blanchet, Richard
Gaudreault, Judith
Gervais, Normand
Lapointe, Louis
Service - chirurgie maxillo-faciale
Michaud, André
Service – ophtalmologie
Gravel, Céline
Grenier, Réjean
Chergui, Assia
Service – O.R.L.
Côté, André
Roussel, Guy
Service – orthopédie
Carreras, Francisco
Cojocaru, André-Nicolas
Dudon, Emmanuelle
Perreault, René
Salman, Raed
Service – urologie
Boisvert, Isabelle
Gagnon, Nathalie

Département imagerie médicale
Service – radiologie-échographie
Boisclair, Chantal
Buteau, Geneviève
Dumais, Dany
Harvey, Sylvie
Morin, François-D.
Ouellet, Annie

Département lab. Bio. Médicale
Service – anatomopathologie
Gagnon, Sylvie
Service – microbio.-infectiologie
Harvey, Pierre
Moisan, Danielle

Département méd. Spécialisée
Service – dermatologie
Drouin, Christian-Allen
Rassi, Roula
Service – médecine interne
Brunet, Daniel
Carignan, Susanne
Czech, Éric
Gagnon, François
Landry, Jean-François
Lefebvre, Martin
Raymond, Daniel
Verret, Benoît
Service neurologie
Attig, Ezzédine
Beniar, Matityahu

Département médecine générale
(avec privilèges en obstétrique)
Deschênes, Annie
Gagnon-Ouellet, Caroline
Leblanc, Marie-Hélène
Plourde, Isabelle
Villemure, Jacques
Bastien, Nancy
Beaulieu, Catherine
Belzile, Marie-France
Boudreau, Christine
Caron, Jacques
Deschênes, Annie
Drolet, Marianne
Gagnon-Ouellet, Caroline
Gougoux, Fanny
Grou-Leclerc, Étienne
Hamelin, Bernard
Hérard, Jean-François
Juneau, Francine
La Fontaine, Louise
Lajoie, Carole
Lang, Isabelle
Larivière, Marie-Ève
Leblanc, Marie-Hélène
Lemay-Roy, Claudia
Maltais, Lucie
Moorjani, Anoo
Noël, Luc
Paradis, Éric
Plourde, Isabelle
Savard, Gilles
Soucy, Geneviève
Tardif, Marc
Villemure, Jacques

Département obst.-Gynécologie
Lambert, Marie-France
Nadeau, Yves
Plourde, Diane

Département pédiatrie
Service – pédiatrie
Caissie Roméo
Desrosiers, Lucie
Déziel, François
Ouellet, Linda
Sauvageau, Jean-Paul

Département pharmacie
Beaudoin, Marc
Bélanger, Sara
Desrochers, Jean-François
Dionne, Alain
Lafrance, Martine
Malenfant, Mylène
Picard, Anne-Marie

Département psychiatrie
Binet, Stéphanie
Bossé, Geneviève
De la Sablonnière, Jean-François
De Vriendt, Xavier
Gougoux, David
Lapointe, Marie-Josée
Marquis, Élizabeth
Mélen, Véronique

Département santé publique
Nadeau, Aubert
Pouliot, Bernard
Roussel, Renée

Membres honoraires
Beaulieu, Jean-Pierre
Côté, Richard
Dubé, Edgar
Dugas, Paul
Guérin, Gaétan
Rioux, Henri
Villeneuve, Claude

4. Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de service sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS RDL) répond à quatre missions : centre hospitalier de courte durée, centre local de services communautaires, centre d'hébergement de soins de longue durée et centre de réadaptation en dépendance. Il offre donc une gamme étendue de soins de santé et de services sociaux dans la MRC de Rivière-du-Loup, dans sa région élargie pour certains services (KRTB) et même dans tout le Bas-Saint-Laurent. Plus de 1 400 personnes y sont employées ainsi que 95 médecins.

Le CSSS RDL offre ses services dans cinq installations physiques et dans des points de service répartis dans les différentes municipalités de la région : le Centre hospitalier régional du Grand-Portage, le Centre d'hébergement Saint-Joseph (121 places), le Centre d'hébergement Saint-Antonin (38 places) et le Centre d'hébergement Saint-Cyprien (20 places), le CLSC Rivières et marées (Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, l'Isle-Verte et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs). Le CSSS RDL offre aussi les services d'un centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran, qui est déployé dans chacune des huit MRC du Bas-Saint-Laurent.

Le CSSS offre aussi différentes ressources intermédiaires et familiales qui procurent un milieu sécuritaire aux personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, mais qui ne nécessitent pas d'être dans un établissement de soins de longue durée ou à des personnes vivant un problème de santé mentale.

La MRC de Rivière-du-Loup compte environ 35 000 habitants. Bon an, mal an, dans la région de Rivière-du-Loup, plus de 55 % des gens considèrent leur santé comme étant très bonne ou même excellente. De plus, l'espérance de vie à la naissance pour les résidents de la région est de 82,3 ans. Ces données se comparent à celles des populations bas-laurentiennes et québécoises.

La population

Population | MRC du KRTB		
Rivière-du-Loup	population totale (2012)	34 302 hab.
Kamouraska	population totale (2012)	21 154 hab.
Les Basques	population totale (2012)	18 205 hab.
Témiscouata	population totale (2012)	20 987 hab.

MRC de Rivière-du-Loup		
Population totale (2012)	34 302 hab.	
0-14 ans	5 199 hab.	15 %
15-24 ans	3 794 hab.	11 %
25-44 ans	8 342 hab.	24 %
45-64 ans	10 543 hab.	31 %
65 ans et plus	6 424 hab.	19 %

On danse dans la rue! Source: Ville de Rivière-du-Loup

L'évolution démographique dans les autres MRC desservies par le CSSS RDL

La population desservie par le CSSS RDL pour les services de 1re ligne est définie comme celle de la MRC de RDL. Les services de 1re ligne sont le premier niveau d'accès et ils s'appuient sur des infrastructures légères. Un certain nombre de citoyens de la partie est du Kamouraska, de la partie sud du Témiscouata et de la partie ouest des Basques viennent également chercher leurs services au CSSS de Rivière-du-Loup.

Le CSSS RDL offre des services hospitaliers de courte durée à la population des MRC de RDL et des Basques. Quant aux services hospitaliers spécialisés offerts par le CSSS RDL, ils s'étendent à tout le KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques) et même à une partie de l'ouest du Nouveau-Brunswick. Les services spécialisés en santé mentale du CSSS RDL couvrent le KRTB. Au recensement 2011, la population du KRTB représentait 43% de la population de la région du BSL. Les projections de population maintiennent cette proportion de 43% à tout le moins jusqu'en 2031.

Quant à la population desservie par le Centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran, soit celle de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent, elle était de 199 977 personnes au recensement de 2011, accusant une baisse de 2 669 personnes depuis le recensement de 2006 (la baisse régionale provient presqu'entièrement de la sous-région ouest)[1]. Les taux de prévalence reconnus chez les personnes de 15 ans et plus pour le jeu pathologique (0,8 %), la dépendance à l'alcool (1,9 %) et la dépendance aux drogues illicites (0,8 %) nous permettent d'estimer, à partir des données du recensement 2011, un volume potentiel de clientèle des gens ayant une dépendance de 6 000 personnes pour la région[2]. (Source : planification stratégique 2013-2016 - CSSS RDL).

Données des recensements de 2006 et de 2011. Site www.statcan.gc.ca
Statistique Canada Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites, 2004, www.statcan.gc.ca

Les installations du CSSS de Rivière-du-Loup

Le Centre hospitalier régional du Grand Portage (CHRGP)
Le Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010 (poste)
Tél. : 418 868-1010 (composez le 5 et ensuite le numéro de chambre)
Tél. : 418 868-1020 (rendez-vous)

Le Centre local de services communautaires, le CLSC Rivières et Marées
22, rue St-Laurent
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5
Téléphone : 418 867-2642
Points de service : Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte
et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs

Le Centre d'hébergement Saint-Joseph
28, rue Joly
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3H2
Renseignements : 418 862-6385 (entre 8 h et 21 h 30)

Le Centre d'hébergement Saint-Antonin
286, rue Principale
Saint-Antonin (Québec) G0L 2J0
Renseignements : 418 862-7993

Le Centre d'hébergement Saint-Cyprien
101-C, rue Collin, C. P. 325
St-Cyprien (Québec) G0L 2P0
Renseignements : 418 963-7914

Le Centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran
75, rue St-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél.: 418 868-1010, poste 2355

CENTRE
DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE
DU BAS-SAINT-LAURENT

Mission

Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne et la dispensation de services sécuritaires et de qualité pour la clientèle.
Assurer aux Centres de santé et de services sociaux du KTB (CSSS), un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée.
Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance.
Assurer la mise en oeuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les 4 mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :

- Centre local de services communautaires (CLSC);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (courte durée);
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT).

Vision

Dans le cadre de sa mission, on voit le CSSS de Rivière-du-Loup sur un horizon de 10 ans comme un établissement reconnu :

- pour la qualité et la pertinence de sa réponse aux besoins de la population qu'il dessert;
- pour la solidarité et la bienveillance dont il fait preuve envers les personnes et les communautés;
- pour sa performance et son utilisation responsable des personnes et des ressources à sa disposition;
- pour son leadership local et régional en matière de santé et de bien-être, basé sur le savoir, la compétence et l'implication des personnes qui y oeuvrent;
- pour son milieu de travail humain, mobilisant, sécuritaire et attractif;
- comme un modèle dans la promotion de la santé et d'une saine hygiène de vie.

Valeurs

Primauté de la personne

Le CSSS de Rivière-du-Loup étant avant tout une organisation constituée essentiellement de personnes qui donnent des services à des personnes, il est donc primordial que la personne soit une valeur fondamentale qui est prise en considération dans toute décision ou action posée par notre établissement. Aussi, l'authenticité, la reconnaissance, la communication, la responsabilisation, l'équité, la coopération, la connaissance des besoins et attentes des personnes sont les assises fondamentales sur lesquelles s'appuie cette valeur humaniste.

Respect

Le respect guide les actions du CSSS de Rivière-du-Loup. En premier lieu bien sûr, c'est le respect de la personne qui est au centre de nos priorités. C'est donc le respect de la clientèle, de ses proches, de toutes les personnes qui contribuent de près ou de loin aux services que le réseau peut offrir à cette clientèle, de même que le respect entre collègues de travail. Mais aussi le respect peut et, dans notre cas, doit s'adresser aussi aux concepts humains, notamment, la dignité, la confidentialité et la sécurité, de même qu'aux objets, que ce soit équipement, matériel ou bâtiment.

Solidarité

Le CSSS de Rivière-du-Loup s'appuie fortement sur les valeurs essentielles de solidarité et d'entraide pour appuyer tant les personnes qui oeuvrent en collégialité à l'atteinte de la mission de l'établissement que celles qui participent au développement des personnes et des communautés.

Compétence

Étant un établissement qui donne des services de santé et des services sociaux de nature professionnelle, la compétence des personnes qui y oeuvrent est alors essentielle et déterminante sur la qualité des services offerts. Le savoir, le savoir-être, le savoir-faire et le faire-savoir (l'information) sont des composantes importantes de la connaissance qui s'appuient aussi sur la reconnaissance de la compétence de la population.

Innovation

La capacité d'innover et d'être créatif constitue un élément sur lequel se base le CSSS de Rivière-du-Loup pour atteindre ses objectifs avec les ressources à sa disposition. L'ouverture de l'organisation et de son personnel face aux nouvelles façons de faire sert utilement cette valeur d'innovation.

5. Principaux enjeux organisationnels

Le conseil d'administration a adopté, pour l'année 2012-2013, un plan d'action stratégique portant sur sept enjeux. Au cours de la dernière année, le Centre de santé et des services sociaux de Rivière-du-Loup s'est engagé dans plusieurs actions en lien avec ces enjeux.

Enjeu 1 : Agir de façon concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être

- Consolidation de la direction du programme de santé publique;
- Actualisation du plan local de santé publique;
- Élaboration d'un plan de développement de partenariat RLS :
  - les mécanismes de concertation intersectoriels pour l'offre de service aux personnes âgées;
  - l'inscription d'une action de concertation au PALEE du Centre local de développement.

Enjeu 2 : Primauté des services de 1re ligne et continuité entre les services de 1re et 2e lignes

- Actualisation des services en maladies chroniques;
- Poursuite de la consolidation des services sociaux généraux;
- Accroissement de l'accessibilité au soutien à domicile pour toutes les clientèles;
- Poursuite de l'intégration et de la coordination des services offerts aux personnes âgées;
- Continuation des services en santé mentale et en dépendance;
- Poursuite de l'actualisation du modèle d'organisation des services pour la clientèle en déficience intellectuelle;
- Ajustement de l'offre de service de 1re ligne jeune.

Enjeu 3 : S'assurer du respect d'un délai cliniquement approprié pour l'accès

- Actualisation des plans d'accès en :
  - déficience physique;
  - déficience intellectuelle;
  - santé mentale;
  - dépendance.
- Amélioration de l'accès aux services spécialisés en santé physique.

Enjeu 4 : Consolider les services de 2e ligne

- En santé physique, consolidation et développement, entre autres, des activités suivantes :
  - clinique de la douleur;
  - chirurgie.
- Poursuite des travaux sur la consolidation des activités du Centre de réadaptation en dépendance du BSL, l'Estran.

Enjeu 5 : Qualité et sécurité

A. Soutenir l'implantation de standards cliniques

- Poursuite de la mise en place de meilleures pratiques pour :
  - Les soins infirmiers;
  - Les professionnels multidisciplinaires.
- Mise en place de meilleures pratiques en prévention des infections, entre autres pour :
  - l'offre de service en entretien sanitaire;
  - les zones grises.

B. Assurer la qualité et la sécurité des soins et services
- Implantation d'un programme de gestion intégrée de la qualité;
- Actualisation des recommandations d'Agrément Canada à la suite de la visite de juin 2011;
- Préparation de la visite d'Agrément Canada prévue en juin 2014.

Enjeu 6 : Attraction, fidélisation et contribution engagées et optimales des ressources
- Poursuite des travaux sur la mobilisation du personnel;
- Amélioration de l'attraction et l'augmentation de la disponibilité des ressources humaines en tenant compte de leurs besoins et des besoins de l'organisation;
- Modernisation des outils de développement des compétences et favoriser le transfert des connaissances;
- Amélioration de nos processus d'accueil et d'intégration des ressources humaines.

Enjeu 7: Performance globale du CSSS de Rivière-du-Loup

A. Planifier les besoins immobiliers du CSSS et actualiser les projets majeurs
- Sur la base du plan directeur clinique immobilier actuel, élaboration d'un plan d'action incluant le volet personnes âgées et 1re ligne;
- Actualisation des projets majeurs suivants :
  - 72 lits – CHSLD;
  - Renforcement sismique;
  - Projets majeurs en maintien d'actifs.
- Actualisation des meilleures pratiques en gestion immobilière et équipements.

B. Assurer l'accès, la circulation, la sécurité et l'intégration des informations cliniques
- Élaboration d'un plan directeur;
- Mise en place des phases préparatoires d'un dossier clinique informatisé (DCI);
- Consolidation de l'infrastructure de télécommunications.

C. Actualiser la stratégie visant l'atteinte des objectifs d'optimisation
- Favorisation des ententes de partenariat avec les autres établissements de la région, principalement pour les volets administratifs;
- Augmentation de la production chirurgicale afin de profiter d'un financement supplémentaire;
- Mise en place des actions afin d'améliorer l'efficience organisationnelle;
- Utilisation de l'approche « LEAN » dans la réalisation des projets.

D. Poursuivre la mise en place de meilleures pratiques en matière de gouvernance
- Actualisation des dispositions légales à l'égard du conseil d'administration;
- Mise en place des recommandations d'Agrément Canada;
- Élaboration de la planification stratégique 2013-2016;
- Formalisation et optimisation des moyens de communication internes.

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.1 Santé publique						
1.01.12-EG2	Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE.	80.0	100.0	172.2	125 %	
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénat.), au cours de l'année de référence.	ND	0.07	0.15	NA	
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence.	ND	0.49	0.98	NA	
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatal 2), au cours de l'année de référence.	ND	0.15	0.26	NA	
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatal 3), au cours de l'année de référence.	ND	0.04	0.13	NA	
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).	65.0	100.0	100.0	154 %	
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais.	85.0	87.8	80.1	103 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	85.0	69.7	72.0	82 %	Facteurs hors de contrôle : parents qui reportent le rendez-vous (enfants malades ne pouvant pas être vaccinés selon le calendrier, refus du parent que l'enfant reçoive trois vaccins à la fois, l'efficience des cliniques de vaccination en milieu rural. Les mesures sont prises pour respecter le calendrier de vaccination.
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS-mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	85.0	69.5	71.4	82 %	Facteurs hors de contrôle : parents qui reportent le rendez-vous (enfants malades ne pouvant pas être vaccinés selon le calendrier, refus du parent que l'enfant reçoive trois vaccins à la fois, l'efficience des cliniques de vaccination en milieu rural. Les mesures sont prises pour respecter le calendrier de vaccination.
1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales						
1.01.11A-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	ND	100.0	100.0	NA	
1.01.11B-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	ND	0.0	100.0	NA	
1.01.11D-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	ND	100.0	100.0	NA	
1.01.17-EG2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	100.0	100.0	100.0	100 %	
1.01.18-EG2	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100.0	100.0	100.0	100 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide						
1.02.02-EG1	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS- mission CLSC.	316	229	228	72 %	Possibilité d'erreurs de codification profil famille-enfance à profil santé mentale menacée ou profil santé mentale au lieu de profil santé mentale menacée. Il s'agit des mêmes équipes qui font à la fois le programme FEJ et santé mentale et services sociaux généraux. Processus de révision du programme services sociaux généraux.
1.02.03-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS -mission CLSC.	2.43	1.30	1.58	54 %	Possibilité d'erreurs de codification profil famille-enfance à profil santé mentale menacée ou profil santé mentale au lieu de profil santé mentale menacée. Il s'agit des mêmes équipes qui font à la fois le programme FEJ et santé mentale et services sociaux généraux. Actuellement processus de révision du programme services sociaux généraux.
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées						
1.03.03-EG1	Nombre moyen d'heures travaillées par année par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD.	3.000	3.45	3.34	115 %	
1.03.04-EG1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD.	0.230	0.25	0.24	109 %	
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	Augmentation de 1 179 heures	65934	59251	109 %	
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC).	ND	1096	1060	NA	
1.03.06-PS	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	70.0	54.98	50.95	79 %	Plan d'action en place
1.03.08-PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (tous les programmes-services).	ND	208	218	NA	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.03.09-PS	Pourcentage des CH ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.	ND	100	100	NA	
1.4 Déficience physique						
1.04.03-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	42	39	40	93 %	
1.41.04.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement - CSSS.	ND	369	432	NA	
1.42.04.01-EG1	Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS.	ND	23.9	18.3	NA	
1.45.04.01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ	90.0	87.7	85.5	97 %	
1.45.04.02-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ	90.0	100.0	75.0	111 %	
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ	90.0	82.1	87.5	91 %	
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ	75.0	91.4	89.5	122 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.45.45.00-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE- TOUTE PRIORITÉ	ND	87.9	85.4	NA	
1.45.45.02-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE- PRIORITÉ URGENTE	90.0	100.0	75.0	111 %	
1.45.45.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTE DÉFICIENCE - TOUT ÂGE - PRIORITÉ ÉLEVÉE	90.0	82.1	87.0	91 %	
1.45.45.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	75.0	91.7	90.5	122 %	
1.5 Déficience intellectuelle et TED						
1.05.13-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS.	41	56	56	137 %	
1.41.05.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS.	ND	77	70	NA	
1.42.05.01-EG1	Nombre moyen d'interventions ou d'heures de prestation de service par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS.	ND	12.9	11.4	NA	
1.45.05.01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUT ÂGE 1- TOUTE PRIORITÉ	90.0	100.0	83.3	111 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED – TOUT ÂGE - PRIORITÉ MODÉRÉE	75.0	100.0	100.0	133 %	
1.6 Jeunes en difficulté						
1.06.01-EG1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	680	953	931	140 %	
1.06.02-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS - mission CLSC	6.35	6.30	6.82	99 %	
1.7 Dépendances						
1.07.04-PS	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	60.0	43.7	59.2	73 %	Usager ne se présentant pas au rendez-vous fixé. Mesure à partir de décembre 2012 : au système informatique, possibilité de mettre l'usager indisponible ou lorsque le service est requis ultérieurement (ex. : usager en détention)
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS.	16	27	1	169 %	
1.8 Santé mentale						
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	50	14	17	28 %	Erreur de codification. Corriger l'identification (répartition) de la clientèle SIV et SI
1.08.06-PS	Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	33	71	73	215 %	
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	12.00	14.10	9.25	83 %	
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	0.00	0.00	0.26	100 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS - mission CLSC.	624	949	903	152 %	
1.08.10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	22	15	35	132 %	14 jeunes et 1 adulte en attente depuis plus de 60 jours à la fin de l'année
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence						
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée).	11.00	14.43	13.48	69 %	En lien avec les 24 heures
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.	11.00	18.01	17.21	36 %	En lien avec les 24 heures. Les efforts sont actuellement concentrés sur les 48 heures
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	0.0	0.0	0.3	100 %	
1.09.04-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	0.0	0.0	0.5	100 %	
1.09.31-PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière.	0.0	21.0	18.5	0 %	Première année où nous n'avons pas de 48 heures donc une augmentation des 24 heures. Problème également de médecins à l'hospitalisation
1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie						
1.09.05-EG1	Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile.	117	191	159	163 %	
1.09.06-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	17.26	19.19	19.24	111 %	
1.09.33-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	ND	50.8	72.1	NA	
1.09.42-CO	Pourcentage des cas de cancer transmis par rapport aux cas de cancer attendus au Registre québécois du cancer (RQC)	ND	106.8	ND	NA	
1.9 Santé physique - Chirurgie – Nombre						
1.09.11-EG1	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées.	64	94	90	147 %	
1.09.12-EG1	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées.	75	154	130	205 %	
1.09.13-EG1	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées.	580	718	702	124 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.09.14-EG1	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes).	1650	1866	1810	113 %	
1.09.15-EG1	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG).	1579	1280	1381	81 %	Application des meilleures pratiques donc utilisation de la chirurgie d'un jour au lieu de l'hospitalisation.
1.09.32.01-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche.	0	0	0	100 %	
1.09.32.02-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou.	0	0	0	100 %	
1.09.32.03-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte.	0	0	0	100 %	
1.09.32.04-EG2	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour.	0	0	0	100 %	
1.09.32.05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation.	0	0	0	100 %	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente						
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	90.0	54.5	60.3	61 %	Augmentation à trois prothèses par programme et ajout de priorité lorsque possible le vendredi.
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	90.0	61.0	53.1	68 %	Augmentation à trois prothèses par programme et ajout de priorité lorsque possible le vendredi.
1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	90.0	99.4	99.4	110 %	
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	90.0	97.5	92.9	108 %	

Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	90.0	94.1	91.6	105 %	
1.9 Santé physique - Ressources						
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne.	ND	1	1	NA	
3.1 Ressources humaines						
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	5.28	6.85	5.20	70 %	Plan d'action mis en place en misant sur les bonnes pratiques et des "gains rapides" favorisant le retour au travail des employés, en revoyant notre façon de faire en terme d'expertise médicale (possibilité de regroupement régional) et misant sur la gestion de la présence au travail
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	5.20	5.43	5.30	96 %	
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	2.96	3.07	2.80	96 %	
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières.	0.40	0.00	0.00	200 %	
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	0.00	0.00	0.00	100 %	
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	0.00	0.00	0.00	100 %	
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les inhalothérapeutes.	0.68	2.75	ND	0 %	Difficulté de recrutement pour ce titre d'emploi en cours d'année. Difficile d'offrir des postes à temps complet. Départ d'un couple également. En mai, c'est plus facile avec les finissants, mais compte tenu du petit nombre d'inhalothérapeutes que nous avons, dès qu'il y a un départ en maternité ou en maladie en cours d'année, la situation devient précaire.

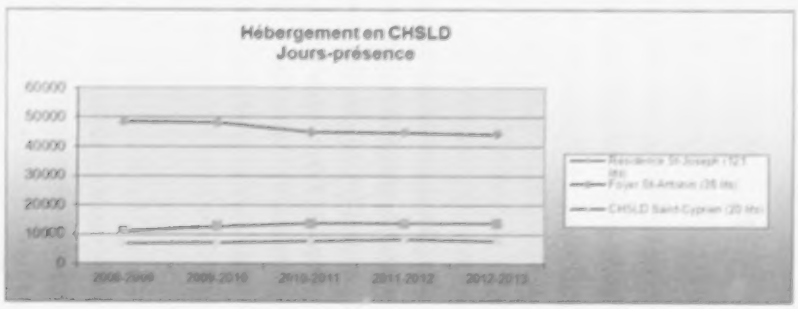
Code	Indicateur	Engagement 2012-2013	Résultat 2012-2013	Résultat 2011-2012	% atteinte engagement	Commentaires
4.0 Urgences (desencombrement)						
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD).	3.0	2.5	3.0	115 %	Seulement patients avec errance invasive, trouble de comportement et contention puisqu'aucun autre endroit ne peut les accueillir pour l'évaluation
4.01.02-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD).	1.0	0.9	1.0	114 %	Nous avons des personnes en soins palliatifs lorsque la Maison Desjardins de soins palliatifs ne peut les accueillir ou les gens désirent rester au CH
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	4.0	0.0	0 %	Les lits de l'UTRF ont été congestionnés par plusieurs attentes d'hébergement
4.01.04-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD).	2.0	0.3	2.0	184 %	Bon roulement à l'URFI
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	2.0	3.8	2.0	10 %	Augmentation du nombre de trouble de comportement que l'on ne peut pas mettre n'importe où. Plan d'action élaboré pour les fins de soins actifs.
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	0.0	0.4	0.0	0 %	La demande de service de nuit devient un problème
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.1	0.0	0 %	
4.01.08-EG1	Taux de déclaration (%) en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus.	2.82	2.56	2.82	109 %	Lié au trouble de comportement et errance invasive. Cela nous amènera à revoir les critères pour UTRF. Plan de fin de soins actifs en cours.

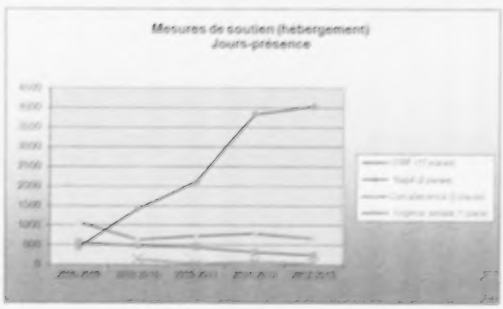
5.2 Volumes des activités

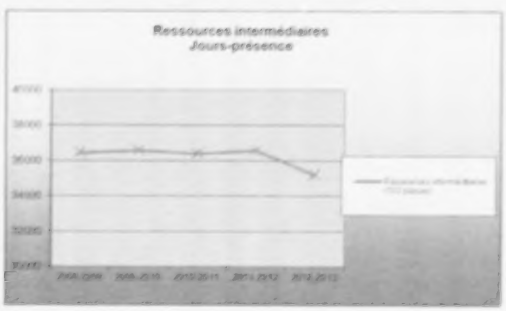
Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- **Hébergement**

	Jours-présence				
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Résidence St-Joseph (121 lits)	48512	48135	44976	44892	44289
Foyer St-Antonin (38 lits)	11018	12699	13719	13798	13754
CHSLD Saint-Cyprien (20 lits)	6946	7287	7858	8368	7879
UTRF (11 places)	430	1410	2109	3835	4033
Répit (2 places)	560	488	453	324	241
Convalescence (2 places)	1085	647	728	793	676
Urgence sociale (1 place)		144	29	70	37
Ressources intermédiaires (103 places)	36430	36581	36398	36577	35180

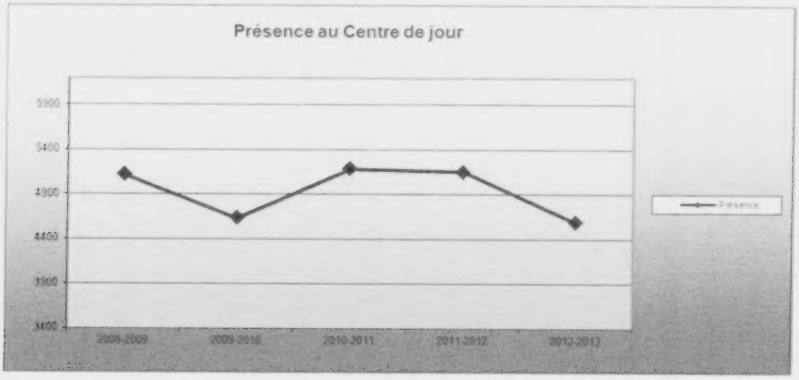






• **Centre de jour**

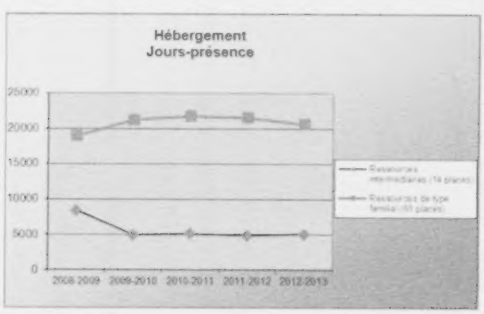
Présence au Centre de jour					
Année	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Présence	5114	4629	5180	5149	4582

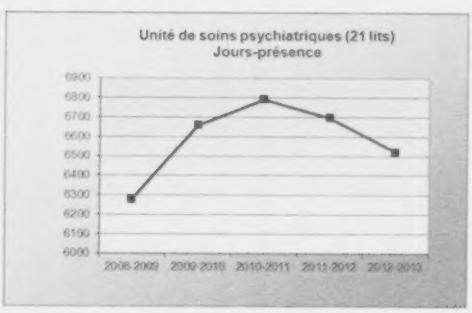


Santé mentale

• **Hospitalisation en courte durée et hébergement**

Courte durée - Unité de soins psychiatriques (21 lits)					
Année	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Jours-présence	6277	6657	6789	6696	6521
Hébergement					
Jours-présence	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Ressources intermédiaires (14 places)	8345	4892	5039	4804	5022
Ressources de type familial (69 places)	18969	21236	21772	21577	20595





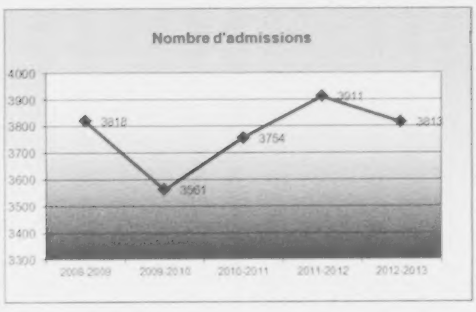
• **Services externes**

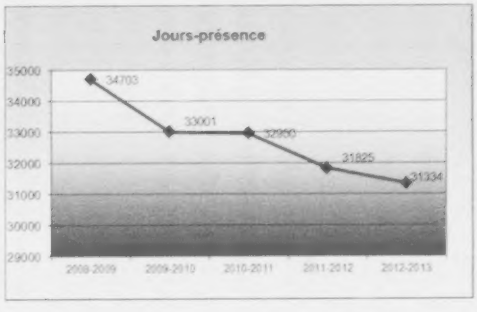
	Santé mentale - Jeune		Santé mentale - Adulte		Total	
Année financière	Usagers	Nbre de visites	Usagers	Nbre de visites	Usagers	Nbre de visites
2008-2009	506	3974	1324	6088	1830	10062
2009-2010	469	3127	1303	6111	1772	9238
2010-2011	474	3506	1244	5886	1718	9392
2011-2012	488	3263	1175	5056	1663	8319
2012-2013	547	3338	1223	5400	1770	8738

Santé physique

• **Hospitalisation courte durée**

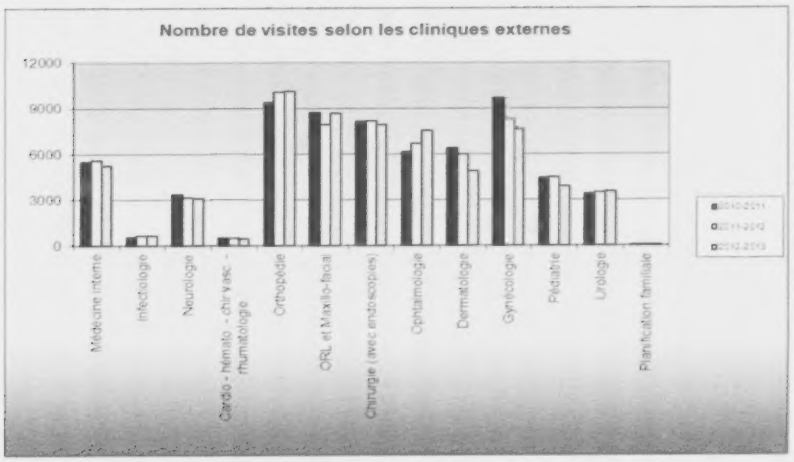
Nombre d'admissions, Jours-présence et nombre de lits occupés					
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Nombre d'admissions	3818	3561	3754	3911	3813
Jours-présence	34703	33001	32950	31825	31334

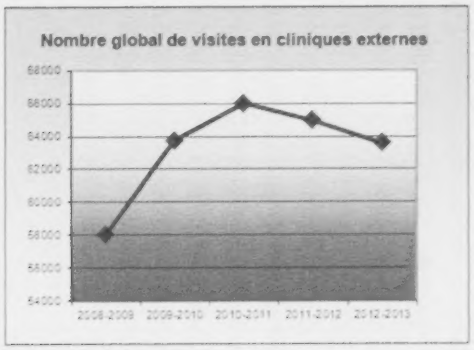




• Cliniques externes

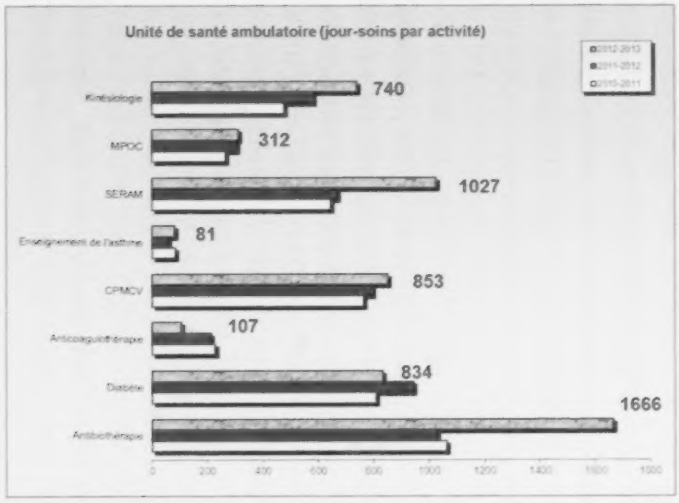
CLINIQUES EXTERNES	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Total	58022	63727	65977	64962	63566





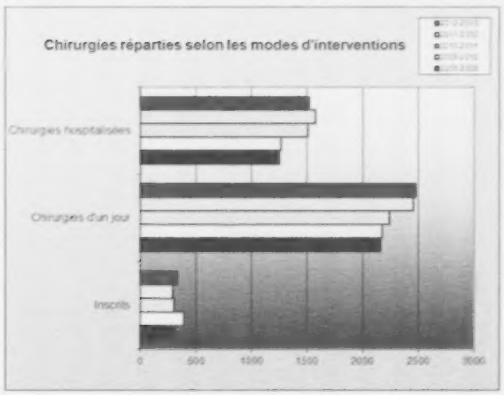
• Unité de santé ambulatoire

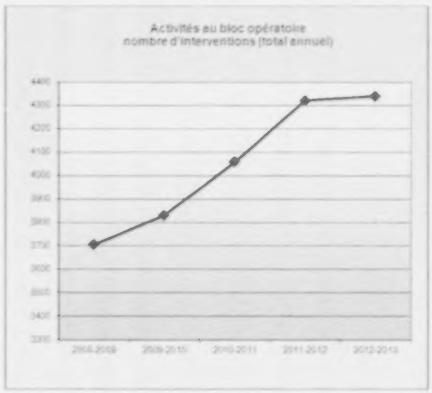
Unité de santé ambulatoire (jour-soins)					
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
TOTAL	4034	3831	4338	4593	5620



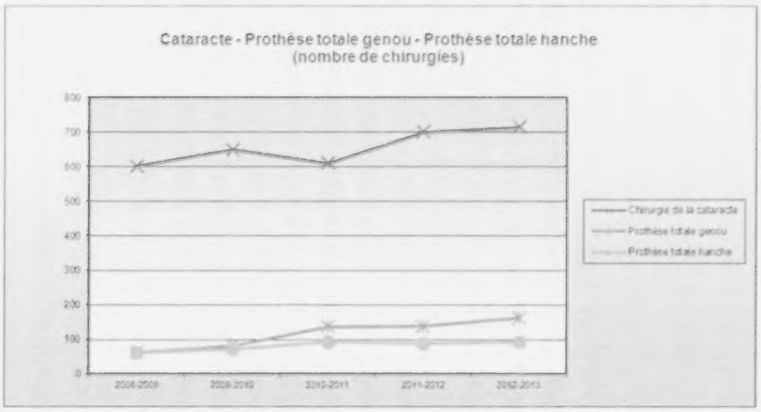
• Activités au bloc opératoire

Activités au bloc opératoire nombre d'interventions (total annuel)	
2008-2009	3703
2009-2010	3829
2010-2011	4057
2011-2012	4319
2012-2013	4337



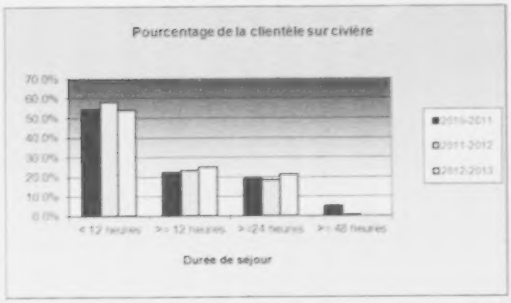


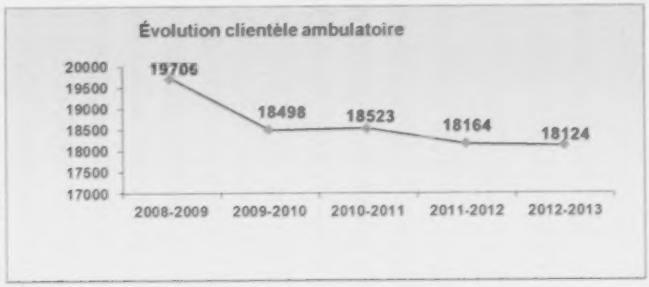
Volume de production pour certains services spécialisés					
	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Chirurgie de la cataracte	601	649	610	700	715
Prothèse totale genou	64	83	138	139	162
Prothèse totale hanche	63	73	94	89	94



• **Urgence**

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Durée moyenne séjour civière (heure)	18.4	16.7	15.9	13.5	14.4
Clientèle ambulatoire	19706	18498	18523	18164	18124
Clientèle sur civière	5076	4983	5151	5440	5623

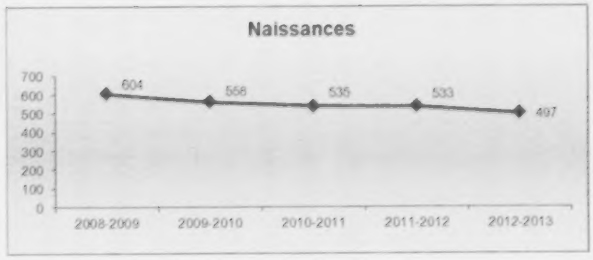




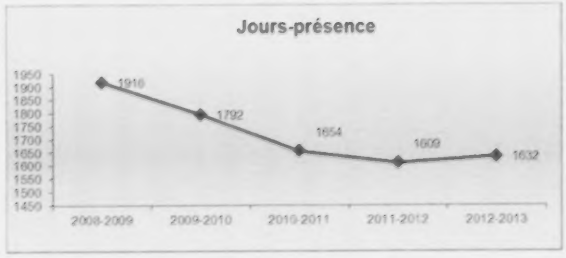
Famille enfance jeunesse (FEJ)

• **Hospitalisation**

Naissances	
2008-2009	604
2009-2010	558
2010-2011	535
2011-2012	533
2012-2013	497



Jours-présence Unité Pouponnière	
2008-2009	1916
2009-2010	1792
2010-2011	1654
2011-2012	1609
2012-2013	1632

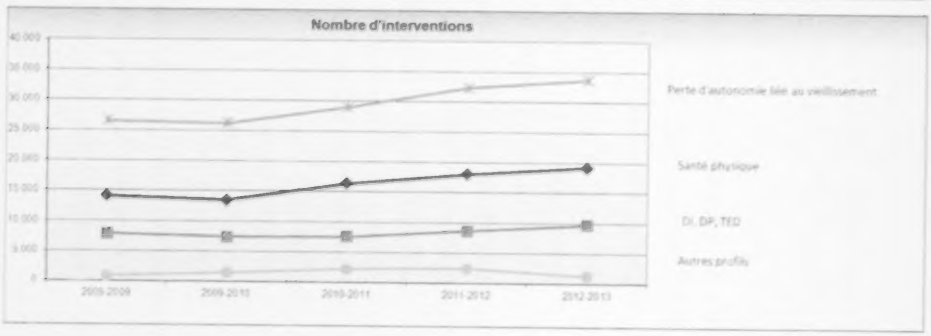


• Soutien à domicile

Nombre d'usagers					
Centre d'activité	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
Soins infirmiers	1316	1294	1334	1425	1438
Inhalothérapie	202	213	193	180	161
Aide à domicile	534	563	514	527	606
Services psychosociaux	1433	1147	1131	1085	1101
Ergothérapie	621	532	521	464	469
Physiothérapie	432	454	451	448	473
Total	**4538**	**4203**	**4144**	**4129**	**4248**
Nombre réel d'usagers différents	**2506**	**2371**	**2211**	**2145**	**2153**

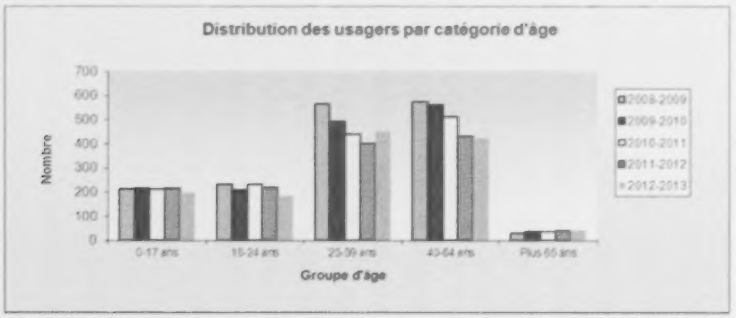
Nombre d'interventions					
Centre d'activité	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
Soins infirmiers	16107	15525	18639	22756	23843
Inhalothérapie	1181	1473	1365	1396	1124
Aide à domicile	19414	20126	22229	23592	25379
Services psychosociaux	7138	6479	7195	7968	7963
Ergothérapie	2722	2011	2378	2289	2342
Physiothérapie	2722	2832	3166	3409	3074
Total	**49284**	**48446**	**54972**	**61410**	**63725**

Interventions					
Profil d'intervention	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	***26539***	***26174***	***28935***	***32338***	***33661***
Services de santé physique en phase postopératoire	4241	4218	4305	4561	4218
Services de santé physique en soins palliatifs	3573	3168	3918	3059	3666
Autres services de santé physique court terme	4586	3972	5967	8315	9379
Autres services de santé physique	1598	2027	2080	2014	1864
SOUS-TOTAL SANTÉ PHYSIQUE	***13998***	***13385***	***16270***	***17949***	***19127***
Services liés à une déficience physique	6554	6363	6963	7899	8719
Services liés à une déficience intellectuelle	1300	1019	598	734	833
Services liés aux troubles envahissants du développement	13	44	9	34	146
SOUS-TOTAL DI - DP - TED	***7867***	***7426***	***7570***	***8667***	***9698***
AUTRES PROFILS	***880***	***1465***	***2200***	***2458***	***1239***



• **Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran**

USAGERS INSCRITS EN CENTRE DE JOUR ET EN EXTERNE / alcool et drogues						
	0-17 ans	18-24 ans	25-39 ans	40-64 ans	Plus 65 ans	Total
2008-2009	214	233	566	573	30	1616
2009-2010	215	208	493	562	35	1513
2010-2011	213	231	439	512	37	1432
2011-2012	215	220	401	431	40	1307
2012-2013	199	185	453	425	43	1305



6. Direction et programmes

6.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique.

Programme famille, enfance, jeunesse

Le programme famille, enfance, jeunesse offre des services de 1re ligne en CLSC et des services spécialisés de 2e ligne incluant la pédopsychiatrie, les unités de soins de périnatalité et de pédiatrie au CHRG.

- Révision du plan d'affaires pour la procréation médicalement assistée et dépôt de celui-ci à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Confirmation d'heures dédiées en nutrition pour les saines habitudes de vie, l'autonomie alimentaire et le programme de nutrition prénatale auprès des familles à faible revenu.
- Arrimage avec le milieu scolaire pour définir l'offre de service en lien avec six cibles en santé publique.
- Amorces de travaux pour l'intégration des standards de pratique de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) pour les infirmières en milieu scolaire
- Mise sur pied d'activités concertées en matière de maturité affective pour les enfants de moins de cinq ans.
- Réalisation d'activités de sensibilisation à la lutte aux préjugés face aux personnes vivant en contexte de pauvreté.
- Développement de stratégies concertées avec les partenaires de la communauté pour viser une plus grande autonomie alimentaire.
- Réalisation des plans d'action et de communication pour le déploiement de l'initiative « amis des bébés » et dépôt d'une demande de pré-évaluation au Conseil canadien de l'agrément.
- Consolidation de la mise en place des haltes-bébés toutes les semaines et sur tout le territoire.
- Implantation de l'approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux pour l'an 3 avec l'équipe interdisciplinaire en obstétrique.
- Définition régionale des trajectoires de services entre la 1re et de la 2e ligne en orthophonie pour les enfants âgés entre 0 et 7 ans.
- Renouvellement de l'entente CJ-CSSS.
- Déploiement du programme négligence 0-12 ans et réalisation de la phase 1 du plan d'action.
- Implantation d'un continuum de services concerté en dépendances pour les jeunes d'âge

scolaire et signature d'une entente de collaboration entre le CRD l'Estran, le CSSS RDL et la Commission scolaire de Kamouraska-Rivière-du-Loup.

- Révision et harmonisation des pratiques interdisciplinaires pour le programme services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE).

- Implantation d'une nouvelle collaboration avec le CAVAC dans le cadre de la clinique protection petite enfance (CPPE).

- Mise sur pied d'activités concertées en matière de saines habitudes de vie pour les enfants et les jeunes de moins de 18 ans.

- Ajout de 40 jours d'intervention en santé dentaire pour l'application d'agents de scellement sur les dents des enfants du primaire présentant un risque de développer des caries.

- Implantation du protocole de dépistage de masse et individuel des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS).

- Réalisation d'une tournée KRTB pour la mise à niveau des services du planning-ITSS-IVG et soutien clinique aux équipes jeunesse, aux médecins et aux partenaires visés du milieu.

- Ajustement de l'offre de service de première ligne en famille, enfance, jeunesse en fonction des requis de services selon les groupes d'âge et les mandats prioritaires du MSSS.

Programme services sociaux généraux

Le programme des services généraux, particulièrement le volet des services sociaux généraux, doit être paramétré plus formellement pour le CSSS de Rivière-du-Loup. La révision du plan d'organisation a permis de formaliser ce programme à l'intérieur de la structure de gestion de l'établissement. Ainsi, les activités de ce secteur pour l'année 2012-2013 ont particulièrement porté sur la définition de ces services.

- Identification des heures dédiées aux activités du programme des services sociaux généraux, de la clientèle et des approches cliniques dans les deux programmes touchés (famille enfance et jeunes et santé mentale adulte).
- Révision des activités et des outils cliniques à l'accueil, à l'évaluation, à l'orientation et à la référence.
- Informatisation de la liste d'attente des clientèles.
- Implantation de mécanismes de gestion de la liste d'attente des clientèles.
- Implantation du groupe « Reprendre pied » pour les gens en attente de nos services de 1re et de 2e ligne.

Programme santé mentale

L'offre de service en santé mentale au CSSS de Rivière-du-Loup se compose de la première ligne en CLSC et de la deuxième au Centre hospitalier régional du Grand-Portage.

Programme santé mentale

- Poursuite de la mise en place des bonnes pratiques en lien avec les personnes à risque suicidaire
- Participation aux travaux locaux pour le mécanisme et de la trajectoire de service en matière socioprofessionnelle pour la clientèle en santé mentale
- Participation aux travaux régionaux concernant le dossier de psychiatrie légale
- Déploiement de la formation entretien motivationnel auprès des intervenants en santé mentale
- Production d'un protocole pour le suivi métabolique de la clientèle
- Implication de personnes utilisatrices de services aux rencontres des CSSS du secteur ouest

Services de 1re ligne

- Informatisation des listes d'attente des clientèles
- Implantation de mécanismes de gestion des listes d'attente des clientèles
- Implantation du groupe « Reprendre pied » pour les gens en attente de nos services de 1re et de 2e ligne en santé mentale
- Mise en place d'un mécanisme de suivi pour les références en suivi d'intensité variable (SIV) afin d'éviter les vides de services.

Services de 2e ligne

- Organisation d'une journée de formation médicale continue pour les intervenants du programme santé mentale, les omnipraticiens et le réseau local de services
- Mise en place d'un suivi systématique avec les omnipraticiens suite à une consultation de leur client avec le psychiatre de l'équipe
- Élaboration d'un guide de médication
- Officialisation de la prise en charge de l'appartement supervisé à La Pocatière pour la clientèle de suivi intensif du KRTB
- Implantation d'une offre de répit/dépannage et évaluation dans les appartements supervisés
- Mise en place du projet intègre-action au Kamouraska
- Poursuite du projet Rêve en vue au Témiscouata
- Amorce d'élaboration d'un programme pour l'intervention précoce pour les psychoses, selon les meilleures pratiques
- Animation d'un groupe de réadaptation inspiré de la thérapie cognitivo-comportementale pour les jeunes souffrants de psychose;
- Présence d'un pharmacien à la réunion de suivi systématique pour les clients hospitalisés
- Implication d'un pharmacien dans les dossiers selon certains critères établis pour les clients hospitalisés
- Mise en place d'un comité pour les bonnes pratiques à l'unité de soins
- Révision de la procédure du code blanc
- Mise à jour des connaissances au niveau du code blanc et de la formation Oméga pour le personnel de l'unité de soins de l'équipe du code blanc

Ressources d'hébergement

- Évaluation du rôle et des responsabilités et changement dans certaines pratiques des ressources cliniques en hébergement

Programme de Santé publique

Le programme national de santé publique est un outil prescrit par la Loi de la santé publique pour améliorer l'état de santé de la population à travers des activités de promotion, de prévention et de protection. Le mandat premier de la santé publique consiste à prévenir la maladie.

Le CSSS de Rivière-du-Loup a la responsabilité d'élaborer un plan d'action local en santé publique en tenant compte des spécificités de sa population, et ce, en concertation avec les organismes de la communauté concernés. Il doit mettre en oeuvre le plan d'action, en évaluer les résultats, s'inscrire dans un processus de reddition de compte, le mettre à jour, et enfin, le déposer à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

En 2012, la direction générale a voulu formaliser, à l'intérieur de sa structure de gestion, le programme de santé publique en le situant sous une direction clinique. Le programme de santé publique s'inscrit de manière transversale dans l'ensemble des huit programmes services de l'établissement. Par conséquent, la direction du programme de santé publique s'est donné comme levier une table de gouvernance clinique. Elle se compose de la direction générale, des directions des programmes et des services cliniques, des directions de la qualité et des compétences ainsi que des cinq coordonnatrices de programme. C'est ce comité qui assure le déploiement, le suivi, l'évaluation et la mise à jour du plan d'action local.

Toutefois, la conception du plan d'action a exigé la contribution de plusieurs comités de travail tant à l'interne qu'à l'externe.

- Comité approche adaptée à la personne âgée
- Comité de périnatalité
- Comité de programmation clinique en santé mentale
- Comité de programmation clinique en santé physique
- Comité de programmation clinique famille enfance jeunesse
- Équipe organisation communautaire
- Comité de prévention des infections nosocomiales
- Santé et sécurité au travail de la direction des ressources humaines
- Comité intersectoriel « Solidarité et inclusion sociale »
- Les différents comités de gestion du CSSS de Rivière-du-Loup
- COSMOSS 0-30 ans de la MRC de Rivière-du-Loup
- Comité Québec en forme (volet saines habitudes de vie)
- Comité Avenir d'enfants

Le plan d'action local en santé publique 2013-2015 a été déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Le suivi des objectifs s'effectue à la table de gouvernance où chacune des actions identifiées au plan d'action est commentée par la direction concernée. Selon les résultats obtenus, des mesures sont prises afin de s'assurer de l'atteinte des indicateurs.

En tout, neuf cibles ont été identifiées et chacune comportant un nombre d'objectifs spécifiques faisant l'objet d'un suivi particulier.

- Couverture vaccinale (huit objectifs spécifiques en lien)
- Lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et services de santé sexuelle (neuf objectifs spécifiques en lien)
- Saines habitudes de vie (quinze objectifs spécifiques en lien)
- Promotion de la santé et prévention de la maladie en périnatalité et en milieu scolaire (sept objectifs spécifiques en découlent)
- Soutien aux initiatives en transport sécuritaire (deux objectifs spécifiques en lien)
- Prévention des chutes (deux objectifs spécifiques en découlent)
- Prévention du suicide (deux objectifs spécifiques en lien)
- Prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes (deux objectifs spécifiques en lien)
- Lutte aux infections nosocomiales (cinq objectifs spécifiques)

La stratégie identifiée par l'organisation afin d'assurer la réalisation des cibles est la mise en place du Réseau local de services (RLS). Stratégie faisant l'objet de deux objectifs particuliers au plan d'action local en santé publique.

Programme déficient intellectuelle (DI), trouble envahissant du développement (TED) et déficience physique (DP)

La révision du plan d'organisation et de l'organigramme a positionné le programme DI-TED/DP de façon formelle comme une offre de service à part entière et sous une direction clinique.

Ainsi, l'objectif premier de la direction pour 2012-2013 était de définir l'offre de service en DI-TED/DP dans le cadre d'un programme structuré et dont les paramètres sont clairement identifiés. Les actions permettant de réaliser cet objectif sont les suivantes :

- Nomination d'une gestionnaire à l'offre de service DI-TED/DP
- Constitution d'une équipe de gestion en DI-TED/DP
- Élaboration d'un plan d'action et de communication visant la mise en place d'un réseau de service en DI-TED
- Définition de l'offre des services en retard/déficience du langage pour les enfants 0-7 ans
- Élaboration d'un processus d'accès : étape décisive DI-TED/DP
- Implantation du parcours en service de garde des jeunes de 0-21 ans ayant des besoins particuliers
- Consolidation de la fonction de l'intervenant pivot réseau
- Instauration de rencontres cliniques hebdomadaires en DI-TED/DP
- Appropriation par l'équipe de l'offre de service des personnes handicapées du Québec
- Création d'un algorithme pour la trajectoire de service pour les références au CRDI-TED ainsi qu'un algorithme pour la trajectoire de service au CLSC
- Participation au comité régional de la gouvernance du CRDI-TED
- Participation à la mise à jour du plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC)
- Collaboration à la démarche de vérification avec les représentants du vérificateur général en DI-TED

Programme dépendances

Le programme dépendances se compose de deux niveaux de services, soit les services de première ligne qui se retrouvent majoritairement en CLSC et les services de deuxième ligne offerts par le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran qui s'adressent à l'ensemble de la population du Bas-Saint-Laurent.

Les services de 1re ligne en dépendances

- Mise en place de la grille de repérage DÉBAT et DEP-ADO
- Déploiement du programme Alcochoix
- Mise à jour des intervenants en lien avec les notions de dépendances
- Implantation du mécanisme d'accès local et de la trajectoire de services du programme dépendances

Services multidisciplinaires

Les services multidisciplinaires s'inscrivent dans l'axe qualité, compétence et pertinence où la responsabilité première est la qualité des services et des actes professionnels posés. Quelque 300 techniciens et professionnels répartis sous 36 titres d'emploi composent ce groupe sous la direction multidisciplinaire.

La révision du plan d'organisation du CSSS a apporté un changement majeur à la direction multidisciplinaire, celle-ci se retrouve regroupée avec la direction des services professionnels et du partenariat médical depuis novembre 2012.

Voici, pour l'année 2012-2013, les faits saillants des activités de nos équipes.

Formation

Comme à chaque année, l'identification des besoins de formation est effectuée pour l'ensemble des professionnels du secteur multidisciplinaire en lien avec les exigences de maintien des compétences, et ce, en collaboration avec les gestionnaires concernés. La planification de la formation a tenu compte du développement des programmes clientèles, et ce, en collaboration avec la direction des ressources humaines ainsi que la direction des soins infirmiers. De plus, les priorités ministérielles, tout comme celles régionales, doivent être arrimées avec celles de l'établissement. Enfin, l'obligation de respecter les contours financiers en lien avec l'application de la loi 100 (réduction de 25 % du budget initial) est considérée.

Loi 21

En septembre 2012, l'application de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (projet de loi n° 21) a nécessité la mise en place d'un registre des techniciens et des professionnels n'ayant pas accès à un ordre professionnel, mais réalisant des activités réservées. Ces derniers ont l'obligation d'adhérer à un ordre professionnel dans le cadre d'un permis restrictif. Des ajustements, afin de minimiser les impacts possibles sur nos services, ont dû être réalisés afin d'éviter des coupures de services. L'identification des actes réservés oblige de revoir l'organisation des équipes où de telles dispositions s'imposent. La réalisation des régimes de protection pour les personnes

majeures dans les secteurs de la santé mentale et du soutien à domicile exige d'assurer cette offre de service avec les professionnels détenant ce privilège. Plusieurs activités d'information auprès du personnel ont été réalisées à ce sujet au printemps et à l'été.

Pratique professionnelle au CSSS

Poursuite des travaux des tables en pratiques professionnelles, en travail social, en physiothérapie et en ergothérapie. Le mandat premier de ces tables est d'aligner les pratiques avec les données probantes et les guides de bonnes pratiques.

En lien avec les activités réservées dans le cadre de la loi 21, des travaux ont été menés afin de statuer sur les évaluations fonctionnelles et cognitives réalisées par les ergothérapeutes.

Une proposition d'organisation de service pour toute demande d'évaluation cognitive a été déposée à la direction du programme personnes âgées et santé physique. Cette proposition identifie une porte unique pour l'ensemble des demandes d'évaluation cognitives facilitant ainsi les références pour les divers professionnels en santé et services sociaux.

Des travaux ont aussi été menés concernant le travail social en milieu hospitalier. Les résultats émanant de ceux-ci sont les suivants : guide de référence pour le service social à l'urgence, guide de référence pour le service social en milieu hospitalier, guide de référence pour la tenue des dossiers en service social en milieu hospitalier et bottin des ressources en communauté.

En physiothérapie, les professionnels ont poursuivi l'implantation d'un cadre d'évaluation commun pour l'ensemble des secteurs d'activité afin de réaliser le bilan musculaire selon le dernier guide de pratique reconnu.

Stages en établissement

Quelque 40 stagiaires ont été accueillis par les professionnels du secteur multidisciplinaire au CSSS en collaboration avec la direction des ressources humaines.

Spécialiste en activités cliniques

Un spécialiste en activités cliniques pour la mission dépendances a été nommé grâce à un budget non récurrent pour l'année 2012-2013 et 2013-2014. Des travaux majeurs sont menés dans ce secteur afin d'arrimer les pratiques avec les standards cliniques reconnus et de supporter les intervenants dans l'intégration de ces standards à leurs pratiques cliniques.

L'équipe de spécialistes d'activités cliniques a déposé un cadre de référence de la supervision clinique psychosociale au CSSS de Rivière-du-Loup.

Conseil multidisciplinaire

La direction multidisciplinaire est membre d'office de l'exécutif du conseil multidisciplinaire. Le conseil a été très actif au cours de l'année 2012-2013 en chapeautant la tenue d'activités diverses dont de l'information sur les différentes professions composant le conseil multidisciplinaire, la tenue de deux comités de pairs, l'un définissant les contours de la coordination professionnelle et le second, l'implantation de l'article 94 en physiothérapie.

Le comité exécutif a siégé à six reprises et a été sollicité à trois reprises dans le cadre des consultations menées par la direction générale.

Commission multidisciplinaire régionale

La direction siège à la Commission multidisciplinaire régionale comme représentante des gestionnaires volet psychosocial et membre à titre de vice-présidente de la commission.

La commission a comme mandat de fournir au conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent des avis portant sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services sur le territoire et sur la planification de la main-d'oeuvre. Il donne son avis sur l'accessibilité et la coordination des services dans la région du Bas-Saint-Laurent. Enfin, il produit des avis sur les approches novatrices des services et de leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Pour ce faire, la commission a produit un plan d'action pour la période de 2013 à 2015 dont les objectifs touchent les éléments de préoccupations suivants : la loi 21, les programmes d'orientation pour les techniciens et les professionnels, la production des plans d'intervention et des plans de services individualisés, les approches collaboratives novatrices, la révision des règlements généraux de la commission, etc.

La commission a siégé à quatre reprises durant la dernière année et a tenu trois conférences téléphoniques.

6.2 Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU BAS-SAINT-LAURENT

Le plan d'action élaboré en 2011-2012 a été poursuivi en 2012-2013 afin de réaliser les différents objectifs identifiés.

Accessibilité

- Consolidation et diffusion du programme régional d'évaluation spécialisée (PRES)
- Formation des intervenants à l'outil d'évaluation spécialisé NID-EP
- Poursuite des services spécialisés en dépendances pour les jeunes en unité de vie du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent dont la mise en place de groupe de réflexion et de groupe de réadaptation.

Continuité

- Poursuite des signatures d'ententes de partenariat avec les CSSS, les commissions scolaires, le CRDI-TED, le CRDP et le CRD de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
- Standardisation des mécanismes de référence entre les services de psychiatrie du Bas-Saint-Laurent et le CRD l'Estran
- Déploiement d'un projet pilote groupe de thérapie troubles anxieux et dépendances avec le service de psychiatrie du CSSS de Rimouski et le CRD l'Estran

• Poursuite des travaux pour l'élaboration du programme adulte et de l'entourage.

Qualité

• Nomination d'un spécialiste en activités cliniques
• Implantation du support clinique et de la supervision de l'ensemble des intervenants
• Poursuite des rencontres cliniques pour les secteurs est et ouest aux cinq semaines
• Déploiement de la formation sur la batterie d'évaluation GAIN à l'ensemble des intervenants
• Implantation d'un questionnaire de satisfaction de la clientèle

Rayonnement

• Élaboration d'un plan communication régional s'adressant à la population et aux partenaires.

Ressources humaines

• Réorganisation sur le territoire des heures du personnel professionnel selon les niveaux de demande de la population
• Élaboration d'un cadre de référence des compétences professionnelles en dépendances
• Réalisation du processus d'appréciation du personnel

Ressources financières, matérielles et informationnelles

• Mise en place d'un cyberespace spécifique au CRD sur l'intranet du CSSS

6.3 Direction santé physique et personne en perte d'autonomie lié au veillissement

Programme santé physique

Il est important de noter que le programme santé physique a subi une réorganisation au niveau des différents secteurs et que certains gestionnaires ont été réassignés à de nouvelles responsabilités au cours de l'automne 2012.

Généralités

Révision du travail social et du cadre de référence au niveau du CHRGP autant pour le programme santé physique que le programme SAPA.

Maladies chroniques - asthme - MPOC - Diabète - Maladies cardiaques - insuffisance cardiaque - PPMC

• Rencontre locale annuelle permettant les échanges sur les bonnes pratiques.
• Formation et échange d'outils entre les intervenants dans le but de promouvoir l'arrêt tabagique à plus grande échelle.

- Installation d'appareils pour faciliter les suivis de la clientèle en maladies chroniques au gymnase du CSSS.
- Entraînement par la kinésiologue de la clientèle des maladies chroniques dans le gymnase du CSSS.
- Augmentation de la clientèle dans certains secteurs.

Clinique du diabète

- Installation de quatre pompes pédiatriques.
- Formation d'une deuxième infirmière pour le développement de l'expertise au niveau des pompes pédiatriques.
- Consolidation des outils par l'établissement des ordonnances collectives.
- Formation d'une infirmière sur les techniques d'entrevues motivationnelles en favorisant son application lors de counselling.

Anticoagulothérapie

- Révision du programme au cours de la dernière année.
- Déploiement d'une ordonnance collective pour faciliter le travail des infirmières.
- Formation du personnel sur les nouveaux outils utilisés.
- Développement d'un programme informatique pour faciliter le suivi des clients dont l'anticoagulothérapie doit être arrêtée et pour lesquelles le suivi doit se faire par les médecins traitants.
- Consolidation de la transmission de l'information entre la première ligne et la deuxième ligne.

Oxygénothérapie

- Consolidation du programme en cours.
- Discussion sur la mise en place d'un tandem pour le suivi de la clientèle avec le CSSS de Rimouski.
- Rencontre par téléconférence avec les huit CSSS du Bas-Saint-Laurent.

Oncologie

- Augmentation significative du nombre d'usagers et des traitements en oncologie.
- Réorganisation à prévoir au cours de la prochaine année afin de mieux orchestrer les soins et les services.

Antibiothérapie

- Élaboration d'un programme d'antibiothérapie à domicile en cours.

Pieds diabétiques

- Formation de l'infirmière pour le démarrage de la clinique.

Thrombolyse cérébrale

- Participation aux discussions avec l'ASSS du BSL sur le comité régional en lien avec le traitement de la thrombolyse ainsi que sur le continuum de service pour AVC et ICT en collaboration avec le programme SAPA.

• Élaboration d'un plan d'action en cours.

L'équipe de chirurgie bariatrique du CSSS de Rivière-du-Loup
Dre Judith Gaudreault, chirurgienne, Mme Solange Fournier, coordonnatrice programme santé physique, Mme Kathleen Savard, infirmière clinicienne clinique chirurgie bariatrique, Mme Edith Labrie, nutritionniste, Mme Caroline Gendron, travailleuse sociale, M. Pascal Fraser, infirmier bloc opératoire, Dr Jean-Pierre Arsenault, chirurgien. (2012)

Clinique de chirurgie bariatrique

- Formation de tous les professionnels pour le démarrage de la clinique de chirurgie bariatrique;
- Développement de la clinique de chirurgie bariatrique depuis l'automne 2012;
- Mise en place des outils;
- Travail en interdisciplinarité;
- Réalisation de dix-huit chirurgies jusqu'à maintenant.

Clinique de la douleur

- Développement du programme;
- Formation de l'infirmière sur les concepts de la douleur;
- Élaboration des outils pour le suivi de la clientèle.

Bloc opératoire, chirurgie d'un jour, clinique préopératoire et inhalothérapie

- Poursuite du plan d'action au bloc opératoire dans le but d'augmenter l'accessibilité et la productivité;
- Augmentation de la production de 8,2 %;
- Proportion des plus de 6 mois et des plus de 12 mois en attente a également chuté de 9 % et de 2,1 %;
- Maintien de la nouvelle trajectoire à la clinique préopératoire;
- Difficulté importante au niveau du maintien des effectifs en inhalothérapie.

Soins critiques

- Hausse de 6 % des patients sur civière à l'urgence en 2011-2012;
- Poursuite de l'implantation à l'urgence de l'approche adaptée à la personne âgée;
- Poursuite des activités du comité de traumatologie;
- Poursuite de l'amélioration du processus au niveau du triage;
- Début du repérage avec l'outil Prisma-7 pour la clientèle de 75 ans et plus;
- Implantation des cabinets automatisés décentralisés à l'urgence;
- Numérisation des ordonnances.

Chirurgie, cliniques spécialisées, clinique de réadaptation externe et centrale de rendez-vous

- Poursuite du plan d'action du projet colorectal pour favoriser l'accessibilité;
- Consolidation de la première phase dans le projet colorectal;
- Augmentation du nombre de coloscopies de 250 comparativement à l'an passé;
- Diminution importante des listes d'attente hors délai pour le projet colorectal;
- Révision de l'organisation du travail dans les cliniques spécialisées;
- Réorganisation du travail à la clinique de sclérose en plaques;
- Ajout d'une infirmière auxiliaire en clinique d'ophtalmologie;
- Révision de l'offre de service en cours à la clinique de réadaptation externe;
- Poursuite de la révision des processus à la centrale de rendez-vous tout en visant l'augmentation de l'accessibilité.

Médecine

- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.

Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Il est important de noter que le programme soutien à l'autonomie des personnes âgées a subi une réorganisation au niveau des différents secteurs et que certains gestionnaires ont été réassignés à de nouvelles responsabilités au cours de l'automne 2012.

Généralités

- Élaboration d'un plan d'action pour réduire le nombre de clients en fin de soins actifs dans les lits de courte durée.
- Poursuite du comité tactique de coordination pour suivre l'évolution de la situation des fins de soins actifs en courte durée.
- Poursuite du partenariat avec les organismes de la communauté.
- Participation au comité Proches aidants de la MRC de Rivière-du-Loup.
- Analyse des clients en attente d'hébergement dans nos lits de courte durée et d'hébergement temporaire.
- Étude et analyse du continuum de service en AVC et ICT au programme SAPA, en collaboration avec le programme santé physique.
- Formation pour tous les auteurs RSIPA sur les nouvelles modalités du système et révision de l'OEMC.
- Révision du travail social et du cadre de référence au niveau du Centre hospitalier, autant pour le programme santé physique que le programme SAPA.

Soutien à domicile, clinique de soins infirmiers, Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, clientèle orpheline, clinique voyage

- Poursuite de l'implantation du plan d'action visant l'actualisation des lignes directrices régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie et l'optimisation du programme soutien à domicile.
- Optimisation du soutien à domicile pour augmenter le nombre d'heures directes à la clientèle.
- Optimisation des services psychosociaux à domicile.
- Évaluation du nombre de clients ayant un RSIPA et habitant les résidences privées
- Révision des processus à l'AEOR (volet santé physique et personnes âgées).
- Implantation du logiciel Qualicode pour faciliter le travail des ASSS.
- Élaboration des critères d'admissibilité au SAD.
- Intégration des infirmières auxiliaires et d'une agente administrative au SAD.
- Redistribution des territoires.
- Élaboration d'un cadre de référence pour les ASSS.
- Démarrage de la révision du projet clinique.
- Évaluation des exigences pour le poste de coordonnateur des mécanismes d'accès à l'hébergement temporaire et permanent.
- Poursuite des réflexions pour l'élaboration d'un cadre de référence des gestionnaires de cas.
- Poursuite de la priorisation de la clientèle orpheline.

UCDG – URFI – SEGA - Ressources intermédiaires - UTRF

- Réflexion sur les critères d'admissibilité à l'UCDG / URFI.
- Réflexion sur l'offre de service du SEGA.
- Réflexion sur l'offre de service des ressources intermédiaires.
- Création d'une équipe dédiée pour les ressources intermédiaires pour le secteur de Rivière-du-Loup.
- Poursuite des travaux en lien avec la loi 49 aux ressources intermédiaires et création d'une équipe tactique en lien avec la rétribution des propriétaires.
- Révision du processus d'accueil et du cheminement d'un client en ressource intermédiaire.
- Début de révision de l'hébergement temporaire, de ses missions et de ses statistiques.

Centre d'hébergement St-Joseph – Centre d'hébergement de St-Antonin et Centre d'hébergement St-Cyprien - Futur CHSLD 72 lits

- Réévaluation de tous les clients ayant des profils ISO-SMAF de moins de 9;
- Démarrage d'une réflexion sur l'aménagement d'une unité avec troubles de comportement;
- Réflexion amorcée sur l'organisation de l'unité prothétique;
- Ajout temporaire de 4 lits au Centre d'hébergement St-Joseph;
- Poursuite des activités du comité nutrition en lien avec l'approche milieu de vie;
- Coaching auprès des équipes de travail afin de favoriser l'activité repas;
- Détermination de la programmation clinique du futur centre d'hébergement de 72 lits.

6.4 Direction des services professionnels et du partenariat médical

En juin dernier, le Dr Serge Gravel a cessé ses fonctions de DSP après 6 ans d'implication au sein de notre direction. Depuis le 21 octobre 2012, nous pouvons compter sur l'appui du Dr Louis Lapointe, comme directeur des services professionnels et du partenariat médical intérimaire, à raison de 3 demi-journées par semaine. L'aide des chefs de département médicaux et du CECMDP nous permet de fonctionner en attendant la venue d'un DSPPM à temps complet. La mise à jour du plan d'organisation a débuté avec la prise en charge du service d'accueil par notre direction.

Pharmacie

L'arrivée prochaine d'une nouvelle pharmacienne nous évitera dorénavant de faire appel à des pharmaciens dépanneurs. Une entente a également été conclue avec le CSSS des Basques pour l'offre de services pharmaceutiques. L'implantation de deux cabinets automatisés décentralisés a également eu lieu au CSSS des Basques et dans notre urgence. Ceci permettra une administration plus sécuritaire des médicaments. Finalement, une réorganisation du travail du pharmacien en oncologie a été mise en place.

Anesthésie

Le recrutement de deux nouveaux anesthésiologistes (2013-2014) viendra consolider notre équipe. La clinique de pré-booking en anesthésie a également débuté ainsi que l'arrimage pour la gestion de la clinique de la douleur.

Psychiatrie

Nous avons eu deux départs en psychiatrie. Un nouveau psychiatre, le Dr Emmanuel Tremblay, arrivera en septembre 2013.

Chirurgie

- Début de la chirurgie bariatrique par les chirurgiens généraux.
- Augmentation du nombre de prothèses en orthopédie et ce, grâce au travail d'amélioration fait au bloc opératoire.
- Amélioration de l'accès à la coloscopie en lien avec le « Programme québécois du cancer colorectal ».
- Arrivée, en janvier dernier, d'une troisième ophtalmologiste.

Imagerie médicale

En lien avec l'optimisation, une révision des processus est en cours dans ce département. Avec la collaboration de tous, nous espérons réduire le délai pour tous les examens à moins de trois mois et améliorer tous nos processus tant dans les salles que via la transcription et l'accueil. Une entente a également été conclue avec les nucléistes du CSSS Rimouski-Neigette qui nous couvre désormais en tout temps pour les urgences et sur place à raison de 2-3 jours par semaine.

Gestion des lits

Cette année, nous n'avons eu aucun 48 heures et plus à l'urgence. Par contre, on note une augmentation de la durée moyenne de séjour d'une heure. Un plan d'action sera bientôt mis en place.

Médecine générale

Année difficile pour ce département, en raison du nombre de départs, le nombre d'équipes de tournée a dû être diminué et du dépannage a été accordé pour l'urgence ainsi que l'hospitalisation, par le comité paritaire. Par contre, trois postes nous ont été accordés, ceux-ci ont été comblés par de nouveaux facturants. Ces trois nouveaux médecins entreront en fonction progressivement à partir du mois de juillet prochain. Malheureusement, du dépannage devra toujours se faire pour compléter les listes de garde.

Admission

Une révision des processus a également été faite dans ce secteur, ce qui a permis de fusionner ce département avec l'accueil et de diminuer les temps d'attente pour la clientèle.

Pathologie

Depuis le départ du Dr Réjean Cantin, la situation en pathologie est sous haute surveillance. En effet, le recrutement est difficile dans ce secteur. Nous pouvons compter sur l'aide d'un pathologiste dépanneur à raison d'une journée semaine, ainsi que du support des pathologistes du CSSS Rimouski-Neigette pour la télépathologie.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux

Un plan d'action sur la mise à jour des normes est en cours.

Unité de médecine familiale (UMF)

Nous avons encore une fois augmenté notre nombre de mois/stage cette année. Nous sommes passés de 106 mois/stage à 143 mois/stage. Bravo à tous les médecins pour leur collaboration.

Prévention des infections

Malgré plusieurs éclosions en CHSLD et au CH, notre équipe a complètement révisé le programme de prévention des infections. Celui-ci a été adopté par les membres du conseil d'administration le 8 avril dernier. De plus, plusieurs protocoles ont été créés et diffusés.

Télésanté

Depuis maintenant plus d'un an, nous pouvons compter sur deux nouveaux appareils de visioconférence qui permettent d'offrir de l'enseignement, de la téléformation, du transfert de connaissances et de la consultation de patients pour les plaies complexes en collaboration avec le Centre hospitalier de Lévis. Ceci permettra éventuellement d'éviter des transports pour la clientèle vers d'autres centres.

6.5 Direction des soins infirmiers et de la qualité

Soins infirmiers

Règlements sur les mesures de contrôle

Le conseil d'administration a adopté, en avril 2012, la révision du règlement sur les mesures de contrôle. Ce programme vise l'harmonisation et l'application des meilleures pratiques concernant l'utilisation des mesures de contrôle au sein de notre établissement dans le but de limiter au maximum leur utilisation lors de la prestation de soins de santé, favorisant ainsi la qualité et la sécurité des soins dispensés. Le programme de formation pour le personnel a été élaboré et sera déployé au cours de la prochaine année.

Efforts pour la réduction des erreurs liées à la médication

Des audits d'évaluation ont été réalisés par les conseillères en soins infirmiers. Ces audits permettent de mieux cibler les prochaines interventions visant une meilleure application des procédures, au plus grand bénéfice de la clientèle.

La direction des soins infirmiers et de la qualité a poursuivi son travail d'élaboration d'un programme de prévention des chutes en collaboration avec une équipe interdisciplinaire.

Préceptorat

En 2012-2013, le programme de préceptorat a été élaboré et déployé. Les infirmières et les infirmières auxiliaires de moins de deux ans d'expérience ont eu la chance de pouvoir bénéficié de ce programme. Le préceptorat a pour but de les supporter dans leur pratique professionnelle, notamment en leur offrant de l'écoute, du coaching et des conseils à l'intérieur de rencontres individuelles organisées.

Organisation du travail

La direction des soins infirmiers et de la qualité a collaboré aux différents travaux de réorganisation du travail, pour le volet soins infirmiers.

Approche adaptée à la personne âgée

L'organisation a mis en place un comité directeur pour favoriser l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Plusieurs rencontres ont eu lieu avec les acteurs concernés. L'une des premières actions réalisées en lien avec l'approche adaptée a été la mise en place d'un comité de rédaction et d'implantation du programme de marche.

Quant au plan d'action global, il est convenu que sa réalisation s'effectuera au cours des deux prochaines années.

Qualité

Amélioration continue de la qualité
Un cadre de référence de la qualité a été élaboré en cours d'année et présenté au conseil d'administration en février 2013. Ce document donne une définition claire de la qualité selon quatre perspectives : attendue, voulue, rendue et perçue. Ce cadre de référence identifie également les dimensions de la qualité en lien avec les éléments retenus et évalués par Agrément Canada, tels que l'accent sur la population, l'accessibilité, la sécurité, le milieu de travail, les services centrés sur l'usager, la continuité des services, l'efficacité et l'efficience.

Ce document servira donc de pierre d'assise à toutes les actions futures menées par l'équipe d'amélioration continue de la qualité ainsi qu'aux différentes composantes de l'organisation en vue de mener à bien cette démarche.

Agrément

La démarche d'agrément constitue une préoccupation constante pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services dispensés dans tout l'établissement. Nous avons mis en place le comité d'amélioration continue de la qualité constitué des coordonnatrices-programmes et des directeurs.

De plus, l'établissement a obtenu l'agrément après avoir fourni les preuves supplémentaires exigées par Agrément Canada.

AMPRO

L'équipe a réalisé la phase 2 du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) destiné aux médecins et infirmières de l'unité de périnatalité.

Gestion des risques

Au cours de l'année 2012-2013, le comité de gestion des risques a exercé pleinement les fonctions qui lui sont attribuées par la loi. Les membres assurent, entre autres, le suivi des événements indésirables déclarés, des signalements de risques et des événements sentinelles.

Zones grises

Au cours de l'année 2012-2013, nous avons mis en place un comité de coordination des travaux visant l'élimination des zones grises liées aux infections nosocomiales.

7. Ressources humaines

Dotation en ressources humaines

L'année 2012-2013 a été l'année la plus importante jusqu'à ce jour relativement à l'embauche et aux mouvements de la main-d'oeuvre. Durant cette période, nous avons procédé à l'embauche de 197 employés provenant de l'externe, ce qui représente une augmentation de 13 % par rapport à l'an dernier. Vous trouverez dans le tableau qui suit, la répartition de ces embauches par titre d'emploi.

Tableau d'embauches externe par titre d'emploi

Titre d'emploi	Nombre d'embauches
Cadres	5
Réadaptation et psychosocial	14
Services diagnostiques	10
Personnel de bureau	21
Pharmacie	1
Services auxiliaires	26
Personnel para technique	62
Soins infirmiers et cardiorespiratoires	58

En plus de ces activités de recrutement externes, voici un bref résumé des faits saillants de la dernière année :

- Renouvellement de l'image de recrutement des ressources humaines.
- Participation à un programme de bourse pour le recrutement de certains professionnels.
- Accueil de plus de 300 stagiaires.
- Réalisation d'un plan de main-d'œuvre sur trois ans afin d'obtenir des indicateurs fiables sur l'état actuel et futur de main-d'œuvre en vue de mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité de ressources humaines qualifiées.
- Flexibilité des horaires de travail en lien avec les heures d'ouverture des garderies, lorsque possible, pour favoriser la conciliation travail-famille.
- Projet de rehaussement de certains postes à temps partiel.

Développement organisationnel

Les activités de développement des compétences totalisent encore cette année un investissement de près de 650 000 $, excluant les orientations en cours d'emploi. Le budget de formation aura servi à réaliser les activités décrites dans le tableau suivant.

Nombres d'activités	Coût total
68 activités de formation perfectionnement (APTS)	157 373 $
46 activités (SCFP)	71 470 $
135 activités (SPSQ)	387 814 $
34 activités (cadres, SNS, directeurs)	25 885 $

Voici les faits saillants concernant le développement organisationnel :

- Modification du plan d'organisation afin de tenir compte des besoins exprimés par les employés, gestionnaires et médecins.
- Réalisation de démarches visant l'amélioration du climat de travail dans certains secteurs.
- Mise en place d'une équipe d'amélioration continue afin de supporter les équipes de travail dans la réalisation des projets d'optimisation de l'organisation.
- L'actualisation d'un programme de coaching pour les gestionnaires.
- Modernisation des outils en développement des compétences avec certains projets en e-learning ainsi que des capsules vidéo développées à l'interne.

Santé sécurité et qualité de vie au travail

Assurance salaire

Comme on peut le constater à la lecture des statistiques en assurance salaire, pour la période 2012-2013, notre taux d'assurance salaire est en augmentation par rapport à l'année précédente. En effet, malgré une gestion efficiente des dossiers d'absence en assurance salaire, l'établissement, en tant qu'assureur, a supporté un peu plus de 106 900 heures en assurance salaire, ce qui représente une augmentation par rapport à la période précédente, tel que représenté dans le tableau 1.

Tableau 1	
Période	**Taux d'absence**
2012-2013	6,83 %
2011-2012	6,13 %

Le tableau 2 représente le pourcentage de lésions étant survenues le plus souvent durant la période 2012-2013.

Tableau 2	
Genre de lésions	**Pourcentage**
Musculosquelettique	32 %
Psychologique	37 %
Autres	31 %

Lésions professionnelles (CSST)

En ce qui a trait aux dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles, nous avons eu, au cours de la période de référence 2012-2013, 54 dossiers actifs.

Comme on peut le constater à la lecture des statistiques du tableau 3, nous avons subi une augmentation des dossiers de lésions professionnelles mais, en contrepartie, nous avons diminué les sommes imputées à notre dossier financier.

Tableau 3		
Période	**Nombre de dossiers**	**Sommes imputées**
2012-2013	54	132 012 $
2011-2012	46	240 343 $

Le quatrième tableau représente la nature des lésions étant survenues le plus souvent durant la période 2012-2013.

Tableau 4	
Nature des lésions	**Nombre de dossiers**
Lésion au dos	30
Traumatisme	13
Plaie	6
Autres	5

Programme d'aide aux employés (PAE)

Un PAE est un programme mis en place dans notre établissement ayant pour but d'offrir du support aux salariés vivant des difficultés dans leur vie personnelle ou professionnelle. Ces mesures permettent à l'employeur d'aider ses employés en difficulté en toute confidentialité tout en ayant la certitude que les services rendus seront professionnels.

Au cours de la période de référence, 204 employés ont utilisé les services du PAE, il y a eu 610 heures de consultation pour une moyenne de 3 heures de consultation par personne.

Qualité de vie au travail

Le comité QVT, en collaboration avec la direction générale du CSSS RDL, a donné l'occasion aux employés d'honorer leurs collègues pour leur contribution exceptionnelle au CSSS RDL dans les 5 catégories suivantes: **RECRUE DE L'ANNÉE, EMPLOYÉ DE L'ANNÉE, GESTIONNAIRE DE L'ANNÉE, MÉDECIN DE L'ANNÉE ET ÉQUIPE DE TRAVAIL DE L'ANNÉE.** Le dévoilement des gagnants s'est fait lors d'une soirée organisée sous forme de « Gala Reconnaissance » à laquelle ont participé plus de 200 personnes.

Une soirée a été organisée avec la formule « 5 à 7 » dans le cadre de la période des Fêtes. Cette activité a été très appréciée par le personnel. En effet, plus de 350 personnes ont participé et nous reproduirons certainement ce genre d'activité durant la prochaine période des Fêtes.

De plus, le comité QVT a organisé plusieurs activités physiques au cours de la période, à l'intention des personnes qui travaillent au CSSS RDL :

- Séances de massage sur chaise;
- Sessions de mise en forme (zumba, ballon suisse, step, etc.);
- Entente corporative avec le club Amiski (ski de fond et raquette).

Le comité QVT constate toujours un intérêt marqué par les personnes pour ce genre d'activités et il demeure ouvert aux suggestions des employés.

8. Ressources financières, matérielles et informationnelles

La Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles (DRFMI) a vécu au cours de la dernière année une transformation majeure au sein de son équipe de gestionnaires. Le départ du chargé de projet associé à la création d'un poste temporaire pour supporter la planification et l'exécution des travaux majeurs ont entrainé une cascade de changements au sein de l'équipe de gestion. En fait, la DRFMI a accueilli une nouvelle équipière au poste de chargée de projet ainsi qu'une nouvelle gestionnaire à titre de chef du service des approvisionnements.

Ainsi, la gestionnaire responsable des approvisionnements a accepté de relever le défi au niveau du fonctionnement et de l'entretien des installations matérielles (FEIM) alors que le gestionnaire du FEIM a intégré le nouveau poste de responsable de chantier pour, entre autres, les projets de renforcement sismique et de réfection de l'entrée électrique et du groupe électrogène.

Malgré l'intégration de tous ces changements, la DRFMI a su maintenir l'ensemble des activités liées au fonctionnement normal de l'organisation et a continué de travailler à de multiples projets. Ces projets servant tant à assurer la pérennité de l'organisation qu'à poursuivre la modernisation entreprise depuis quelques années.

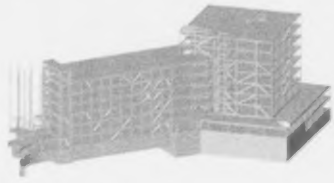
Par ailleurs, l'amélioration continue et l'optimisation ont également incité la DRFMI à se doter de nouvelles façons de faire en vue d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'efficience globale de notre CSSS.

Par conséquent, il est facile de constater que la dernière année a été extrêmement exigeante pour tous les acteurs de la DRFMI. Or, sans la collaboration et l'expertise de l'ensemble de ses membres, nous n'aurions pu atteindre un si haut niveau d'activité.

Donc, sous cette trame de fonds, c'est avec plaisir et fierté que je vous présente un portrait qui se veut le plus complet possible des efforts fournis par la DRFMI au cours de l'exercice 2012-2013 en vous énumérant les réalisations dans chacun des secteurs.

Projets immobiliers

- Élaboration, validation, et dépôt du concept préliminaire pour le CHSLD 72 lits – en attente de l'acceptation ministérielle (projet total de près de 25 M$).
- Préparation, validation et finalisation des phases préliminaires du projet de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure du bâtiment du CHRGP - appel d'offres complété et planification des phases de réalisation en cours - début des travaux mi-juin (projet de près de 13 M$).
- Élaboration, validation et finalisation des phases préparatoires au projet du groupe électrogène (entrée électrique et génératrices) - appel d'offres complété et planification des travaux en cours (projet de près de 3 M$).
- Planification de la réallocation et du réaménagement du CLSC de St-Cyprien à l'intérieur des bâtiments connexes au CHSLD.
- Préparation et planification du manuel d'organisation de projet pour le plan directeur clinique immobilier (cette démarche se doit d'être complétée au printemps 2014).
- Planification du réaménagement du secteur de l'InterAction afin de permettre d'emménager le secteur de l'unité de service ambulatoire pour la période touchée par les travaux liés au renforcement sismique.
- Élaboration, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent, d'un bureau de projet régional.
- Cession d'un terrain au CSSS de la Mitis – nouvelle construction pour l'Inter-Action.
- Aménagement de l'œuvre d'art – projet Ville-Musée.
- Planification d'un réaménagement au bloc opératoire.
- Démarrage du projet d'amélioration de la stérilisation.
- Travaux effectués au lave-vaisselle afin d'améliorer l'efficacité du travail.



Secteur comptabilité et finances

- Maintien et suivi des différents projets liés à optimisation et à la loi 100.
- Ajustements à la structure budgétaire, aux différents rapports financiers et de gestion afin d'intégrer le nouveau plan d'organisation.
- Élaboration d'une politique de placements et négociation d'une entente avec Valeurs mobilières Desjardins.
- Renégociation de l'entente pour les services bancaires avec notre partenaire actuel pour une période de 3 ans.
- Départ à la retraite d'une commis et intégration de ses tâches au sein de l'équipe accueil et admission (projet d'optimisation).
- Intégration du nouveau mode de financement à l'activité au niveau des chirurgies.

Archives et Infocentre

- Poursuite de la démarche de standardisation des différents formulaires cliniques.
- Multiples changements de personnel dans ce secteur.
- Implication majeure dans le nouveau processus du Registre québécois du cancer.
- Exécution de l'appariement dans l'index patient maître régional (IPMR).

Approvisionnements

- Participation à la révision de la logistique d'approvisionnement nationale et régionale.
- Multiples départs d'employés(es) et révision de la structure d'équipe tant au niveau du secteur des achats que du magasin.
- Transfert de l'entrepôt du service alimentaire.

GBM / prêt d'équipements

- Intégration d'un 3e technicien à l'équipe du génie biomédical.
- Intégration et déploiement des protocoles d'entretien préventif.
- Déploiement d'un processus de priorisation des équipements médicaux et participation à l'identification des priorités régionales pour la consolidation et le développement des équipements médicaux.
- Remplacement du parc de tous les thermomètres.
- Acquisition de quatre appareils d'anesthésie.

Technologies de l'information

- Consolidation du système de téléphonie du CSSS (rehaussement au niveau des CLSC de St-Épiphane et de L'Isle-Verte).
- Mise à jour des logiciels MediVisit et MédiPatient, Symo et cube Logibec.
- Déploiement de Qualicode (logiciel pour les soins à domicile).
- Déploiement du cube financier Virtuo.
- Informatisation du secteur de l'imagerie médicale (rendez-vous et liste d'attente).
- Intégration de la pharmacie des Basques au niveau informationnel.
- Planification et déploiement partiel du rehaussement du réseau.
- Élaboration d'un projet de déploiement du WI-FI pour l'organisation.
- Élaboration du plan triennal des projets et activités en ressources informationnelles 2012-2015.
- Conception, programmation et déploiement d'un applicatif lié à la gestion des cas d'anticoagulothérapie.
- Rehaussement et transfert en impartition des services de téléviseurs.
- Révision de la sécurité des actifs informationnels – Mise en place de trois mesures prioritaires et révision de la catégorisation.
- Projet pilote de modernisation des outils de gestion (I-pad, I-phone et portable) utilisés par les gestionnaires.
- Rehaussement du serveur des téléavertisseurs.
- Analyse et négociation avec le fournisseur pour l'intégration des transcriptions à MédiClinic.

Service alimentaire

- Révision de l'organisation du travail (réduction des effectifs dédiés au service alimentaire secteur CHSLD St-Joseph).
- Révision et implantation des nouvelles heures de distribution des repas au Centre hospitalier.
- Révision de la structure de prix selon les conventions collectives et de l'affichage au service alimentaire.
- Participation et implication dans les volets alimentation des comités Milieu de vie de tous les CHSLD.
- Implication dans l'équipe de travail du MSSS au niveau des services alimentaires du Bas-Saint-Laurent.

- Planification, évaluation et intégration de produits maison santé et polyvalents permettant de répondre aux besoins alimentaires de différents types de clientèle.
- Mise en place de nouvelles procédures en lien avec le fonctionnement de la distribution des suppléments alimentaires.

Sécurité civile et mesures d'urgence

- Participation au Colloque de la sécurité civile « Mission santé ».
- Implantation de la valise de garde (protocoles d'intervention).
- Révision et mise à jour du plan local des mesures d'urgence pour le CHRGP.
- Séances de formation dédiées au personnel des CHSLD St-Joseph, St-Antonin et St-Cyprien ainsi qu'aux coordonnateurs aux activités, agents de sécurité et employés de l'entretien des bâtiments dispensées par le préventionniste et ayant pour objectifs la révision des notions de base en prévention incendie et lors d'un sinistre, l'évacuation à l'aide des nouvelles civières et la révision du fonctionnement du panneau d'alarme incendie.
- Intégration de deux nouveaux membres au sein du comité des mesures d'urgence qui ont été orientés par le préventionniste.
- Réalisation d'une activité préventive dans le cadre de la semaine thématique de la prévention des incendies dans tous les sites.
- Participation du préventionniste au Comité du code orange.
- Exercice d'évacuation à l'aide de la nouvelle civière au CHSLD St-Antonin.
- Instauration d'un nouveau mode de communication (téléphone cellulaire) en cas d'urgence au CHSLD St-Joseph pour les plages horaires non couvertes par la réceptionniste.
- Mise en place d'une procédure avec l'équipe du génie biomédical pour la mise en fonction des appareils en médecine nucléaire lors d'une panne électrique.

Fonctionnement et entretien des installations matérielles

- Aménagement et réaménagement du secteur en imagerie médicale lié à une réorganisation du service.
- Installation des armoires de pharmacie dans les chambres.
- Aménagement des chariots de la pharmacie (CH et CHSLD).
- Aménagement de la chirurgie bariatrique.
- Déménagement et réaménagement du secteur de l'entretien ménager.
- Réaménagement important dans les secteurs de l'ophtalmologie ainsi que de la gynécologie (arrivée de nouvelles ressources).
- Ajout d'une salle de rencontre (047-B).
- Réaménagement du secteur de l'accueil et de l'admission à la suite du projet d'optimisation.
- Aménagement d'un bureau médical au CLSC.
- Aménagement et réaménagement de plusieurs bureaux pour gestionnaires à la suite du déploiement du nouveau plan d'organisation.
- Déménagement du dépôt alimentaire (gain d'efficacité).
- Correction des déficiences en regard des produits pétroliers.
- Analyse de différentes opportunités en matière d'économie d'énergie.
- Déménagement et aménagement du secteur des technologies de l'information au 6e étage du Pavillon Alphonse-Couturier (PAC) et réaménagement des bureaux des agentes d'assignation au 3e étage du PAC.
- Aménagement des bureaux des génies biomédicaux (GBM) de façon temporaire à l'auditorium.

- Mise aux normes pour les robinets thermostatiques ainsi que pour l'amiante et également pour la tour de refroidissement pour l'eau.
- Aménagement de cabinets de médicaments à l'urgence pour les centres hospitalier de Rivière-du-Loup et celui des Basques.
- Adaptation des surfaces de travail à la pharmacie.

Hygiène et salubrité

- Déploiement d'un programme d'audit de qualité, suivi d'un plan d'action pour l'ensemble des unités cliniques du CHRGP.
- Analyse des ressources requises en hygiène et salubrité pour intégrer l'ensemble du devis de service.
- Participation à la démarche entreprise dans le projet des zones grises.
- Exploration des différents logiciels disponibles et des différents consultants pour l'accompagnement d'une démarche complète de révision des processus en hygiène et salubrité (démarche entreprise au printemps 2013).

Transport interne

- Mise en place d'un horaire quotidien pour le ramassage des colis dans certains services afin de limiter le recours aux services de messagerie privée et également afin de mieux desservir le magasin (ramassage des colis 3 fois par jour), le CLSC (desserte quotidienne ajoutée aux routes) et la stérilisation.
- Recrutement de conducteurs de remplacement (difficulté majeure étant donné l'exigence de la classe 3 au permis de conduire).

Développement durable

- Consolidation du comité vert.
- Collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'établir un premier état de situation pour notre établissement en regard de notre gestion en lien avec la stratégie québécoise d'économie de l'eau.
- Réalisation en octobre 2012 d'activités de sensibilisation dans le cadre de la Semaine québécoise de réduction des déchets.
- Information et sensibilisation des publics internes sur diverses thématiques telles la Journée mondiale de l'eau (22 mars) et le Jour de la terre (22 avril).

Buanderie

- Révision des routes de travail réalisé à 75 %.

Réalisations touchant plusieurs secteurs

- Implantation d'un logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur (Octopus) pour les secteurs du GBM, des TI et du FEIM.
- Clarification des rôles des techniciennes en administration et agentes administratives attitrées à la direction.

Conclusion

En terminant, je tiens à souligner et à remercier tous les membres de la DRFMI qui ont su, une fois de plus, démontrer leur dynamisme, leurs compétences et leur engagement envers l'organisation par une réalisation remarquable des différents projets et mandats qui leur ont été confiés. C'est grâce à l'implication et à la contribution exceptionnelle de chacun que la direction des ressources financières matérielles et informationnelles peut affirmer avoir relevé avec brio les défis de la dernière année.

9. Rapport d'activité de communication

Communications internes

Campagne de promotion interne : la grippe ce n'est pas un cadeau – décembre 2012.

- Publication de sept éditions du journal interne la Rumeur officielle.
- Publication d'une édition Rumeur express, édition spéciale de la Rumeur officielle.
- Publication de trois éditions du Bulletin Optimisation du CSSS RDL.
- Développement d'un projet d'identité visuelle pour le CSSS RDL I 3 rencontres avec le comité de travail.
- Développement d'une stratégie de communication interne.
- Rédaction de plans de communication et de plan d'action de communication développés dans le cadre de différents projets.
- Logistique de la tournée de la direction générale dans chacun des sites.
- Logistique des Journées qualité du CSSS RDL (semaine du 3 octobre 2012).
- Logistique de l'assemblée d'information publique du CSSS RDL (7 novembre 2013).
- Participation aux comités de communication de l'ASSS BSL et de l'ACRDQ.

Communications externes

- Tenue d'une revue de presse quotidienne (près de 400 mentions du CSSS en 2012-2013).
- Organisation de trois conférences de presse
  - Bilan éclosion CHSLD
  - Lancement du projet Initiative amis des bébés
  - Lancement du projet de renforcement sismique par le ministre Pascal Bérubé.
- Diffusion de 27 communiqués de presse sur différents sujets allant de la restriction des visites pour éviter la propagation des virus à la l'annonce du lancement de la campagne de vaccination de la population contre l'influenza.
- Enregistrement de 27 entrevues médiatiques.
- Réception de 50 demandes d'information ou d'entrevues de la part des médias.

Conférence de presse : Annonce du lancement du projet de renforcement sismique au CHRGP - 25 janvier 2013.

Entrevue accordé par Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité.

10. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Cette année a été marquée par le départ à la retraite de madame Anne-Marie Rieu, qui a occupé les fonctions de commissaire au sein de l'établissement depuis la création de cette fonction par la LSSS. Madame Rieu occupait le poste à raison de 5 jours par semaine jusqu'à son départ le 26 octobre 2012. À compter du 29 octobre, madame Alice Bélanger a pris la relève avec une présence de 3 jours par semaine.

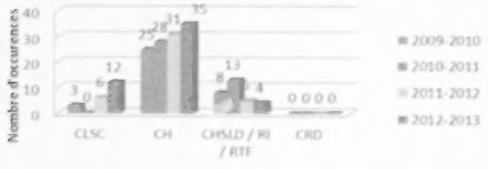
La commissaire se doit d'occuper une fonction exclusive au sein de l'établissement et elle relève directement du conseil d'administration. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services en faisant, entre autres, la promotion de sa fonction, des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes. La commissaire a compétence pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSS RDL au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, en CHSLD (Centre d'hébergement St-Joseph, Centre d'hébergement St-Cyprien et Centre d'hébergement de St-Antonin), en CLSC (points de service de Rivière-du-Loup, L'Isle-Verte, St-Épiphane et St-Cyprien) ou à domicile, en hébergement en ressources intermédiaires (12 résidences sur le territoire) ou en ressource de type familial (75 places sur le territoire) ainsi qu'au Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent, l'Estran.

Pour l'exercice 2012-2013, la commissaire a reçu 68 plaintes dont 17 ont été transmises au médecin examinateur, comparativement à 53 dossiers en 2011-2012, soit une augmentation de 28%. Au 31 mars 2013, 8 dossiers étaient encore en examen par la commissaire et 9 par le médecin examinateur. En cours d'année, 2 dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cadre de son mandat, la commissaire aux plaintes est intervenue à 4 reprises via son pouvoir d'intervention et elle a également traité 42 dossiers d'assistance et 9 dossiers de consultation.

Dossiers traités par la CLPQS pour l'année 2012-2013

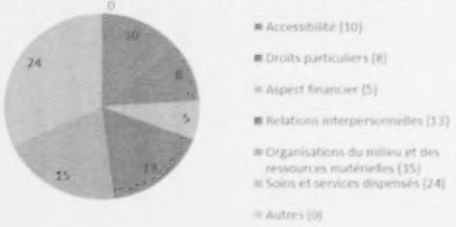
La provenance des dossiers est répartie entre les missions du CSSSRDL de la façon suivante :

Répartition des dossiers de plaintes par mission pour les 4 derniers exercices



Cette année, 75 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'exercice, en lien avec les catégories ci-dessous :

Objets de plaintes et d'interventions pour les dossiers conclus en 2012-2013



Des conclusions sont émises, par écrit, pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations sur les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et de dispensation de ces services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte ou d'une intervention sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, 53 objets de plaintes sur 75 ont entraîné une recommandation de la commissaire, soit 70 % d'entre eux. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans 14 cas (26 %), contre 39 objets (74 %) ayant une portée systémique. Il est donc important de souligner que la plainte qui a généré une mesure corrective permet, dans près de 3 cas sur 4, d'apporter des correctifs qui augmenteront la qualité des soins et services offerts à l'ensemble des usagers. Les 53 recommandations ont touché les aspects suivants : l'adaptation des soins et des services (26), l'adaptation du milieu et de l'environnement (7), l'adoption, la révision ou l'application de règles et procédures (8), l'information ou la sensibilisation d'un intervenant (2), la formation et la supervision du personnel (3), le respect des droits (1) et les autres mesures (6).

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable et est affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, 83 % des dossiers de plaintes ont été examinés par la commissaire à l'intérieur du délai maximum de 45 jours prévu par la loi, ce qui nous satisfait grandement. Par contre, cette situation est difficilement prévisible puisqu'elle est tributaire de l'ampleur du dossier et du nombre d'intervenants impliqués. Ainsi, les objets de plaintes qui concernent la qualité des soins et services dispensés nécessitent souvent une analyse en profondeur des balises professionnelles et des protocoles à la base de la dispensation du soin incriminé, ce qui entraine inévitablement un délai de traitement plus étendu.

Puisque la commissaire n'oeuvre pas en vase clos, le délai de traitement des plaintes est aussi influencé par la disponibilité des gestionnaires et des employés qui doivent être rencontrés dans le cadre d'une enquête.

Dans le cadre de leurs autres fonctions, les deux commissaires ont également participé aux activités suivantes :

- 1 séance du conseil d'administration en juin 2012;
- 5 rencontres du comité de vigilance;
- 3 rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas-Saint-Laurent;
- 1 rencontre d'information en ressource intermédiaire;
- 1 rencontre avec le Comité des usagers;
- 1 participation à l'AGA du Comité des résidents du Centre d'hébergement St-Joseph;
- 1 formation en éthique;
- 1 participation à la plénière organisée lors de l'AGA du CAAP-BSL.

Alice Bélanger
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

11. Conseils et comités de l'établissement

11.1 Conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup ont débuté leur mandat le 1er février 2012. Le conseil d'administration se compose des personnes suivantes :

- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente
- M. Michel Jones, vice-président
- M. Benoit Blanchet
- Mme Marie-Claude Daris
- Mme Christine Desrosiers
- M. Maurice Dumas
- Dr. Normand Gervais
- Mme Françoise Gagnon
- M. Daniel Lévesque, secrétaire
- Mme Nicole Landry
- M. Jacques Lapierre
- M. André Morin
- M. Claude Morin
- Mme Nadine Pelland
- M. Gaston Pelletier
- Mme Sylvie Pelletier
- Mme Geneviève Pigeon
- M. Yves Courbron

Les membres du conseil d'administration du CSSSRDL 2012-2016

11.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Nom et titre des membres du comité exécutif

- Alain Dionne, président
- Jean-Pierre Arsenault, vice-président;
- François Déziel, secrétaire;
- Marc Beaudoin, administrateur
- Christine Boudreau, administrateur
- Isabelle Lang, administrateur
- Éric Czech, officier;
- Daniel Lévesque, directeur général CSSS RDL,
- Nathalie D'Amours, adjointe au DSP
- Louis Lapointe, directeur des services professionnel.

Mandat général du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

S'assurer de la qualité de l'acte et le bon fonctionnement des départements.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Tournée hospitalière en médecine générale.
- Maintenir un service de pathologie et améliorer les temps de lecture.

Bilan des activités

- Dix rencontres du comité exécutif du CMDP,
  pour un taux de participation des membres de 95%

- Quatre rencontres du comité d'examen des titres,
  pour un taux de participation des membres de 100%

- Huit rencontres du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique,
  pour un taux de participation des membres de 80%.

- Sept rencontres du comité de pharmacologie,
  pour un taux de participation des membres de 90%.

- Six rencontres du comité de l'enseignement,
  pour un taux de participation des membres de 75%.

Actions prises pour le contrôle et l'appréciation de la pertinence des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés au cours de l'année

Les actions n'ont pas été spécifiques comme telles mais sont passées par les activités des comités obligatoires qui ont à s'assurer de ce contrôle et de cette appréciation.

Actions prises pour le contrôle et l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés au cours de l'année, notamment celles reliées à l'étude des complications et des décès et à la revue d'utilisation des médicaments

Relance directe auprès des départements par l'interaction entre le président du CMDP et les chefs de département cliniques et de la relance du comité de gestion médico-administratif (CGMA).

Actions prises pour l'évaluation et le maintien de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens

Chaque catégorie de professionnels du CMDP doit faire un nombre minimum de crédits de formation continue, tel que demandé par les différents ordres professionnels, soit du renouvellement des privilèges. Chaque membre doit fournir au secrétariat du CMDP le nombre d'unités de formation continue qu'il a accumulé. Cela est révisé au comité des titres.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CMDP, s'il y a lieu, concernant l'octroi d'un statut et de privilèges aux médecins et aux dentistes et l'octroi d'un statut aux pharmaciens

Membres actifs : 8 médecins
Membres associés : 8 médecins
Membre conseil : 1 médecin
Statut pharmacien : 1 pharmacien

Avis émis au cours de l'année financière par le CMDP au directeur général, s'il y a lieu, concernant:

- **les règles d'utilisation des ressources médicales, dentaires et pharmaceutiques**

Nous avons discuté et relancé, avec la direction générale, la table territoriale afin de mieux structurer la pratique en première ligne et assurer une meilleure coordination dans la dispensation des services médicaux. Une coordinatrice a été nommée, il s'agit de la Dre Marianne Harvey.

- **les règles d'utilisation des ressources matérielles utilisées par les médecins, dentistes et pharmaciens**

Processus continu assuré par les différents chefs de département du CMDP, l'exécutif du CMDP et la direction des services professionnels.

- **l'organisation technique et scientifique**

Idem aux règles d'utilisation.

- **la distribution appropriée des soins médicaux, dentaires et pharmaceutique**

Idem aux 2 items précédents.

Résultats obtenus eu égard aux mandats ou objectifs spécifiques fixés pour l'année financière

Nous avons su éviter une crise au niveau de la tournée médicale des omnipraticiens. Bien que la situation demeure critique, nous avons un comité d'urgence formé du président du CMDP, du vice-président du CMDP, d'un interniste, du DSP, de l'adjointe au DSP et de la chef du

département de médecine générale. La situation existante au niveau de la lecture des lames en pathologie demeure critique, les efforts déployés principalement par le DSP et aussi par l'exécutif du CMDP rendent la situation à la limite de l'acceptable. Nul doute que ce dossier continuera à occuper la scène pour la prochaine année.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

1- Être un leader et assumer un leadership fort dans la gestion optimale des urgences permettant d'arrêter les encombrements.
2- Stabiliser et maintenir une tournée hospitalière par les omnipraticiens performante avec une qualité de soins optimale.
3- S'assurer dans le cadre de coupures budgétaires annoncées pour les deux prochaines années, que la qualité des soins offerte à notre clientèle soit adéquate et optimale.
4- Renforcer le rôle que doit assurer chaque chef de département clinique à l'intérieur de chaque département.
5- S'assurer et maintenir le bon fonctionnement des comités obligatoires du CMDP.
6- Aider à la relance du comité de gestion médico-administratif et s'assurer de son bon fonctionnement.

Conclusion

Nous avons la chance d'avoir un exécutif dynamique où les membres s'impliquent et participent aux différents processus décisionnels dans un climat de collaboration avec la direction générale et la direction des services professionnels.

Toutefois, nous devons tous demeurer vigilants face à la qualité des services offerts à notre clientèle par nos membres. L'exécutif s'assurera que la clientèle ne souffre pas des annonces de coupures budgétaires énumérées mais aussi, que les membres du CMDP qui sont en grande partie responsables des soins offerts, ne mettent pas en danger leur responsabilités professionnelles par une augmentation du risque.

De plus, l'exécutif devra annoncer une réflexion à l'automne face à l'implantation de nouvelles cliniques en service ambulatoire. En effet, plusieurs membres du CMDP nous ont exprimé leur inquiétude face à cela. Ils suggèrent même de consolider les cliniques offertes actuellement avant même d'en implanter d'autres. Ils sont inquiets face à la motivation financière qui supporte l'implantation de nouvelles cliniques à l'interne.

Nous suggérons aux membres du conseil d'administration d'être eux aussi vigilants.

Enfin, je tiens à remercier très sincèrement les membres de l'exécutif du CMDP pour leur bon travail et leur appui : Dr Jean-Pierre Arsenault, Dr François Déziel, Dre Christine Boudreau, Dre Isabelle Lang, Dr Éric Czech et M. Marc Beaudoin, pharmacien. Merci aussi à M. Daniel Levesque, directeur général, à Dr Louis Lapointe DSP et à Mme Nathalie D'Amours, adjointe à la DSP.

Alain Dionne
Président du CMDP

11.3 Conseil multidisciplinaire

Ce rapport porte sur la période du 23 mai 2012 au 1er mai 2013. Le comité exécutif s'est réuni à sept reprises de façon formelle, avec compte-rendu, incluant l'assemblée générale annuelle du 1er mai 2013.

À la suite des élections du 23 mai 2012, l'exécutif 2012-2013 était composé de :

- Isabelle Goudreau, présidente; orthophoniste
- Danielle Gosselin, vice-présidente; physiothérapeute
- Marie-Claude Lévesque, secrétaire; travailleuse sociale
- Alexandre Marquis, officier; technologue en imagerie médicale
- Josée Levasseur, officière; ergothérapeute
- Natacha Riou, membre observatrice; psychologue
- Nadine Rouleau; directrice multidisciplinaire

- Monsieur Claude Morin, représentant du CM au CA, est également invité à participer aux rencontres du CECM.

- Depuis décembre 2012, monsieur Daniel Levesque, directeur général de l'établissement, siège également au CECM, ce qui porte à 9 personnes le nombre de participants potentiels aux rencontres.

Également, il est à noter que madame Goudreau a été de retour officiellement en tant que présidente à compter de décembre 2012 et que c'est Mme Danielle Gosselin qui a assuré l'intérim à la présidence jusqu'à ce moment.

Comité exécutif

Il y a eu pendant l'année six rencontres du comité exécutif.

Dates des rencontres	Taux de participation
20 septembre 2012	6/8
22 novembre 2012	5/8
13 décembre 2012 (rencontre spéciale hors calendrier)	5/8
31 janvier 2013	7/9
14 mars 2013	8/9
24 avril 2013	6/9

Comité des pairs

Tous les rapports des comités de pairs ainsi que les avis et recommandations en lien avec ces rapports sont disponibles dans l'Intranet, sous l'onglet du conseil multidisciplinaire. En 2012-2013, les comités de pairs suivants ont été institués :

Comité de pairs sur la coordination clinique en réadaptation

Huit rencontres, cinq participants.
Dépôt au CECM : 22 novembre 2012
Recommandations: Une coordination professionnelle par profession est nécessaire pour répondre aux tâches spécifiques et générales. Un modèle de coordination générale pour la réadaptation ne répond pas aux besoins soulevés. Les tâches « autres » devraient être réalisées par du personnel auxiliaire.

Comité de pairs sur l'application du règlement 94m en physiothérapie

Dix rencontres, quatre participants.
Dépôt au CECM : 24 avril 2013
Recommandations :

- Aux pairs : utiliser les outils proposés, documenter les dossiers selon les exigences pour permettre une continuité de soin;
- Aux médecins référents : compléter la requête en physio (incluant la liste de problèmes), collaborer à la mise en place de moyens facilitant l'accès aux services;
- Aux gestionnaires : supporter l'application du règlement 94m et être partie prenante des implications, inciter les médecins à utiliser la référence médicale et la liste de problème ou autres outils permettant d'être conforme au 94m (OIS).
- Que dans un deuxième temps, un autre comité se penche sur la mise en place et l'application du règlement et des recommandations

Association

Le conseil multidisciplinaire du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS RDL) fait partie de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ). Cette association nous offre un colloque annuel ainsi que des formations spécifiques et un journal. Pour 2012-2013, le colloque des conseils multidisciplinaires avait lieu à Lévis. Deux membres y ont assisté (chacun une journée) et ont pu ramener avec motivation de l'information et des outils pertinents pour les équipes de professionnels de l'établissement. Les sujets cette année touchaient l'implantation de la loi 21, la rédaction des avis et recommandations ainsi que le fonctionnement légal des CM.

De plus, l'ACMQ possède un site Internet auquel tous les membres du conseil multidisciplinaire peuvent avoir accès. Ce site donne différentes informations sur les activités de l'ACMQ sur certaines formations offertes aux professionnels ainsi que sur les projets des autres conseils multidisciplinaires. Pour connaître le code d'usager et le mot de passe de notre établissement, vous pouvez contacter l'agente administrative à la direction multidisciplinaire, madame Lucie Tardif ou un membre du conseil.

Activités 2012-2013

Dépôt sur l'Intranet des formats électroniques des documents supportant les comités des pairs

Des documents électroniques facilitant le fonctionnement des comités de pairs ont été rendus accessibles sur l'intranet sous l'onglet du comité multidisciplinaire.

Il s'agit des documents suivants :
- Fiche de soumission;
- Procédures et rôles;
- Ordres du jour et comptes rendus;
- Rapport final.

Révision des règlements de régie interne du comité multidisciplinaire

À la suite de la participation de madame Goudreau au post-colloque de l'ACMQ portant sur la structure des CM et CECM, des questionnements ont été amenés et des réajustements ont été nécessaires principalement par rapport aux comités de pairs ainsi qu'à la composition même du CECM.

Des modifications étaient également nécessaires aux règlements de régie interne afin de refléter ses changements et ainsi respecter les lignes directrices de l'AQESSS. Voir les modifications aux règlements pour les détails. Cet exercice fût d'autant plus pertinent qu'une demande de révision des règlements par le CA a également été reçue.

Consultation par diverses instances

Au cours de la période 2012-2013, plusieurs intervenants du milieu sont venus présenter leurs projets ou demander un avis de consultation au CECM :

- 3 octobre 2012

Consultation par la direction concernant le nouveau plan d'organisation.
Avis donné à la direction générale, verbalement en raison du contexte : le CM est d'avis que le comité multidisciplinaire doit relever de la direction des services professionnels et du partenariat médical plutôt que de la direction des soins infirmiers et de la qualité.

- 13 décembre 2012

Consultation de madame Brigitte Lavoie sur le Cadre de référence en qualité.
Adoption du cadre de référence en qualité par le CECM.

- 31 janvier 2013

Présentation de madame Renée Furlong, coordonnatrice du programme DI-TED/DP sur le modèle émergent en DI-TED.

Présentation de mesdames Brigitte Lavoie et de Lise Côté sur l'approche adaptée à la personne âgée.

- 24 avril 2013

Consultation par madame Luce Landry, service de prévention des infections, sur le programme de prévention des infections nosocomiales.
Programme entériné par le CECM

Consultation par madame Nathalie D'amours sur le programme de traumatologie.
Programme entériné par le CECM

• 29 avril 2013
Consultation sur la planification stratégique du CSSSRDL pour 2013-2016.

Mobilisation des membres et plan de communication

Dans le souci de mieux informer nos membres et de les mobiliser vis-à-vis de leur CM, des bulletins d'information « votre CM vous informe » ont été envoyés à tous par le biais de la messagerie Lotus pour diffuser les informations pertinentes d'intérêt général ainsi que la convocation à l'AGA et l'ordre du jour.t

Nous veillons également à ce que l'onglet sur l'intranet soit mis à jour lorsque nécessaire.

Autres sujets ayant fait l'objet d'attention particulière

Nous avons suivi avec intérêt :
• Le nouveau plan d'organisation;
• Les impacts du projet de renforcement sismique;
• Le projet d'optimisation du soutien à domicile;
• la participation de Mme Nadine Rouleau à la table de regroupement des CM et les différents sujets qui y sont abordés;
• La clinique de la douleur;
• Les chirurgies bariatriques.

Priorités 2013-2014

Pour 2013-2014, les priorités proposées lors de l'assemblée générale annuelle sont les suivantes :

• Comité de pairs
• Institution de comité et suivi de ces comités
• Établir un sous-comité pour les comités de pairs et définir son mandat et son fonctionnement
• Établir un sous-comité de maintien des compétences et définir son mandat et son fonctionnement
• Promotion et communication

Journée reconnaissance du CM
• Comité de pairs
    - Institution de comité et suivi de ces comités
    - Établir un sous-comité pour les comités de pairs et définir son mandat et son fonctionnement
• Établir un sous-comité de maintien des compétences et définir son mandat et son fonctionnement

Conclusion et recommandations

Le bon fonctionnement d'un conseil multidisciplinaire nécessite une implication importante des membres, qui doivent avoir un sentiment d'appartenance à cette instance, en connaître les fonctions et l'utiliser dans le but d'améliorer la compétence professionnelle ainsi que la qualité des soins et services. Depuis quelques années, les membres du CECM ont comme priorité la mobilisation des membres, par le biais d'information et la remise en place des comités de pairs.

Toutefois, afin d'avoir de meilleurs résultats à ce niveau, il serait important d'être en mesure de tenir des évènements, conférences, journées thématiques ou autres activités donnant davantage de visibilité. L'organisation de tels évènements nécessite toutefois beaucoup de temps et de moyens; et ce temps, nous le savons, est très précieux pour les différents professionnels de l'établissement. Également, de telles activités nécessitent habituellement un certain budget.

Plusieurs suggestions seront analysées au cours des prochaines séances du CECM afin de trouver des pistes de solution favorisant l'implication des membres et l'augmentation des activités organisées par le CECM :

- Augmenter le nombre de rencontres annuelles.
- Création de sous-comités qui se réunissent en d'autres temps et qui recrutent d'autres membres du CM.
- Analyser la possibilité de permettre à certains membres, au moins à la fonction de présidence, d'avoir un temps reconnu/libéré (0,5 à 1j/mois).
- Que le CECM ait un certain budget de fonctionnement afin de faciliter l'organisation d'activités.

En terminant, je tiens à remercier tous les membres de l'exécutif pour leur dynamisme, leur dévouement et leur implication au sein du comité. Également, un remerciement particulier à Mme Lucie Tardif pour le soutien au niveau de l'organisation des rencontres et des tâches cléricales.

Isabelle Goudreau
Présidente du conseil multidisciplinaire

11.4 Comité des infirmières et infirmiers (CII)

Noms et titres des membres du comité exécutif

Suzanne Beaulieu, présidente
Sébastien Laprise, vice-président et trésorier
Cathy Gauthier, secrétaire
Annie Langevin, membre directeur
Lise Côté, membre directeur
Geneviève Michaud, membre directeur
Jovette Charest, membre observateur (CÉGEP RDL)
Daniel Lévesque, membre élu d'office, directeur général
Brigitte Lavoie, membre élue d'office, directrice des soins infirmiers et de la qualité

Mandat

- Apprécier la qualité de l'acte infirmier posé dans notre CSSS.
- Faire des recommandations sur des règles d'utilisation des médicaments.
- Faire des recommandations sur la distribution de soins dispensés au CSSS.
- Assumer tout autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Promotion du CII au CSSS RDL.
- Formation d'un comité de relève.
- Suivi d'indicateurs de qualité.
- Formations.
- Communication à développer.
- Dépliant pour la relève.
- Collaboration étroite avec la directrice des soins infirmiers.

Bilan des activités

- Sept rencontres du comité exécutif du CII, pour un taux de participation des membres de 100%.
- Une rencontre du comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, pour un taux de participation de 100 %.
- Quatre rencontres du CAQSI, pour un taux de participation de 100 %.

Rapports du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et des autres comités du CII

CIIA
Une seule réunion a été tenue. Relance de ce comité qui a été fait en décembre 2012.

Comité de formation et communication
Deux réunions ont eu lieu, avec présentation d'un plan d'action

Comité de relève
Ce comité est en développement

Activités d'appréciation de la qualité des actes infirmiers

CAQSI
Quatre rencontres ont eu lieu. Plusieurs dossiers ont été traités, dont la présentation de différents programmes, tels que la prévention des infections, le déploiement du nouveau système de distribution de soins, le programme de préceptorat, les contentions, la présentation du programme de traumatologie, etc.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant les ordonnances collectives et les protocoles.

Aucune ordonnance collective n'a été présentée au CECII au cours de la dernière année. La trajectoire en place présentement ne permet pas d'être consulté. Une modification sera faite pour l'année 2013-2014.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant les règles de soins infirmiers applicables aux membres.

Présentation de la règle de soins : la coloscopie en solo.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant la distribution appropriée des soins dispensés par les membres;

- Demande du personnel du Centre d'hébergement Saint-Joseph : fardeau de tâche et organisation du travail.
- Dossier DSI en collaboration avec la direction des ressources humaines : un comité a été formé.
- Présentation du programme de main d'œuvre par la direction des ressources humaines.
- Présentation du modèle émergent par la coordonnatrice du programme famille, enfance, jeunesse.

Avis émis par le CII au cours de l'année financière au directeur général, s'il y a lieu, concernant l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières et des infirmiers.

- Déploiement de formation en ligne, évaluation des besoins et programme de préceptorat.
- Nous avons fait parvenir à l'OIIQ une lettre d'appuie concernant le rehaussement de la formation en soins infirmiers.

Indicateurs de suivi utilisés.
Suivi des indicateurs tels que les chutes, les erreurs de médicaments, les infections nosocomiales et les contentions.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière
- Production d'un dépliant promotionnel pour les infirmières et infirmiers nouvellement embauchés.
- Dîner du savoir : deux présentations
- Parution d'articles dans la Rumeur officielle (journal interne) : activités de formation lors de la Semaine des infirmières.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière
Participation au comité de vigilance et de la qualité ainsi qu'au comité de la gestion des risques;
- Les ordonnances collectives.
- Les règles de soins.
- La création d'un comité de relève.
- La participation à l'offre de formation pour le personnel.
- Le suivi du plan PMO avec la direction des ressources humaines.
- La participation à la révision de la philosophie de soins.

Recommandations générales
Nous désirons continuer notre collaboration avec la direction des soins infirmiers. Cette collaboration est exemplaire. Aussi, la participation du directeur général a été très appréciée.

Conclusion
Nous avons travaillé sur la promotion du CII auprès des membres. Nous voulons assurer une relève et augmenter la participation des jeunes infirmières qui entrent dans la profession. Nous sommes plus visibles et cela est très positif.

Suzanne Beaulieu, inf.
Présidente du comité des infirmières et infirmiers

11.5 Comité d'éthique et de gouvernance

Le comité à la responsabilité de s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en oeuvre dans l'établissement. De façon plus spécifique, le comité a pour fonction :

a. d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
b. d'élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, applicable aux membres du conseil d'administration;
c. d'élaborer des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
d. d'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
e. d'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
f. d'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration;
g. d'effectuer toute autre tâche reliée à la gouvernance et à l'éthique qui lui est confiée par le conseil d'administration.

Le comité est composé de cinq membres du conseil d'administration soit :
- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente du comité
- M. Michel Jones
- M. Gaston Pelletier
- M. Benoit Blanchet
- M. André Morin

Pour assister le comité, M. Daniel Lévesque, directeur général, est présent aux différentes réunions du comité.

Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni à quatre reprises et le taux de participation des membres a été de 70 %. Le comité a révisé et/ou élaboré les règlements suivants :
- Règlement de régie interne du conseil d'administration;
- Règlement de régie interne du comité de gouvernance et d'éthique;
- Règles de gouvernance sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration des comités et conseils professionnels.

Ces règlements et règles de gouvernance ont été adoptés par le conseil d'administration. De plus, tous les comités et conseils professionnels doivent réviser au plus tard à l'automne 2013 leurs règlements de régie interne et déposer ceux-ci au comité de gouvernance et d'éthique pour validation et adoption par le comité.

Les membres du comité ont établi les objectifs pour la prochaine année :
- Élaboration d'un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- Élaboration des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration;
- Révision des règlements du conseil d'administration.

Mme Doris, Laliberté-Kirouac
Présidente du comité de gouvernance et d'éthique

11.6 Comité de vigilance et de la qualité

« La qualité des services est la capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et de la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus ».

Les huit dimensions de la qualité selon Agrément Canada : 1) accent sur la population, 2) accessibilité, 3) sécurité, 4) milieu de travail, 5) services centrés sur le client, 6) continuité des services, 7) efficacité et 8) efficience.

Composition du comité

Le comité de vigilance et de la qualité du CSSS Rivière-du-Loup a été constitué en 2012 et il est composé de sept membres, dont quatre représentants du conseil d'administration.

- Mme Nicole Landry, membre du C.A et présidente du comité
- Mme Geneviève Pigeon, membre du C.A et vice-présidente du comité.
- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente du C.A.
- M. Daniel Levesque, directeur général du CSSSRDL
- M. Yves Courbron, membre du C.A et représentant du comité des usagers
- Mme Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins hospitaliers et de qualité CSSSRDL

Mandat général du comité

Dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le comité de vigilance et de la qualité est institué en vertu de l'article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS).
Le comité de vigilance et de la qualité est responsable principalement d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ainsi que de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, notamment à l'égard de :

- La pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;
- Du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Objectifs spécifiques au cours de l'année
Un des principaux objectifs que les membres du comité se sont fixés est l'appropriation de leur rôle tel que défini par la LSSS. Par la suite, il y a eu une réflexion quant aux modalités de fonctionnement à mettre en place afin que les membres puissent pleinement accomplir leur mandat. Un mandat de notre comité était aussi d'effectuer un pivot quant à la nomination d'un nouveau commissaire aux plaintes pour l'année 2012, à la suite du départ à la retraite de Mme Anne-Marie Rieu. La transition s'est bien effectuée avec la venue de Mme Brigitte Lavoie au sein du comité. Nous voulions aussi faire l'implantation d'outil de bord pour la planification des actions avec les divers comités auxquels le comité de vigilance et de qualité doivent s'en référer. Celui-ci a été réalisé et a vu le jour officiellement au conseil d'administration en 2013.

Bilan des activités

Au niveau systémique sur la qualité

Nombre de réunions du comité de vigilance et de la qualité et taux de participation

Au cours de l'année 2012-2013, le comité de vigilance et de qualité a tenu cinq rencontres. Avec un taux de participation de 95 %. Le comité a continué de suivre les recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des soins et des services ainsi que les différents rapports d'ordres professionnels ou de comités. Ces vérifications se font à l'aide de l'outil développé en 2013 et appelé Tableau de bord.

Liste des rapports et des recommandations transmis au conseil d'administration.

Le comité a étudié les rapports annuels des comités de gestion financière de l'établissement, pour l'année 2012, et ils ont été déposés au conseil d'administration. Cet exercice a permis aux membres d'avoir un portrait des événements indésirables s'étant produits dans l'ensemble des missions du CSSS RDL.

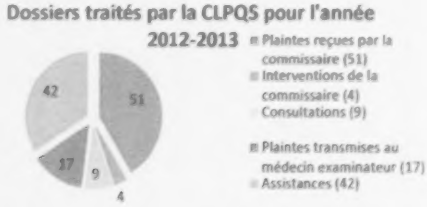
Les indicateurs de suivi utilisés

Dans la réflexion concernant les modalités de fonctionnement du comité, une discussion a été réalisée concernant le contenu du tableau de bord de suivi des indicateurs de qualité du comité. Les indicateurs sont démontrés avec leurs suivis.

Relativement au traitement des plaintes

Les suites apportées par le comité aux principales recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services et le protecteur du citoyen, s'il y a lieu, et retenues par le conseil d'administration.

Le comité prend connaissance des recommandations qui ont été formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité à chaque séance et un tableau de suivi fait état de l'évolution des actions entreprises. Aucune recommandation n'a été formulée aux membres du comité durant l'année financière 2012-2013.



Appréciation globale des activités

Les membres ont réalisé plusieurs activités depuis la mise en place du comité du CSSS Rivière-du-Loup, notamment pour n'en citer que quelques-uns :

- La participation à la visite du Conseil québécois d'agrément qui aura lieu en 2014. Cette visite aura pour but de valider la mise en application des mesures d'amélioration et d'assurer de la pérennité du système qualité mis en place.

- Triage et suivi à l'urgence.

- Réflexion et développement d'outils adaptés facilitant le fonctionnement du comité, notamment:

  Suivi des points de réflexion quant aux indicateurs par le comité sous forme d'un tableau de bord placé en annexe;

- Synthèse des discussions et travaux du comité présenté par la présidente aux membres du conseil d'administration à chacune des séances régulières.

- Protecteur du citoyen car une plainte lui a été transmise en janvier 2013

- Révision du règlement de régie interne du comité en début de mandat.

- Coroner (DSIQ) : un suivi a été fait car en septembre 2012, une problématique avait été transmise au sujet des contentions SMART.

Perspectives d'action pour la prochaine année

À la lumière de la planification stratégique qui est entreprise par le conseil d'administration, les membres du comité de vigilance et de la qualité élaboreront leurs priorités en matière de gouvernance par rapport à la qualité et à la sécurité. Au coeur des préoccupations du comité, la démarche d'agrément, l'harmonisation des pratiques en gestion des risques et la prévention et le contrôle des infections seront des dossiers pour lesquels un suivi régulier sera assuré. Pour ce faire, le comité devra s'approprier et faire évoluer le nouvel outil de suivi, soit le tableau de bord des indicateurs de qualité représentant l'ensemble des missions de l'établissement.

Geneviève Pigeon
vice-présidente comité vigilance et qualité

11.7 Comité des usagers

Membres du comité des usagers

- Monsieur Jacques Lapierre, président
- Monsieur Gilbert Blachon, vice-président
- Madame Micheline Morais, trésorière
- Monsieur Yves Courbron, administrateur et représentant du CHSLD Saint-Antonin
- Madame Ginette Leblond, administratrice et représentante du CHSLD Saint-Cyprien
- Madame Lise Pelletier, administratrice
- Madame Madeleine Pelletier, administratrice et présidente du Comité des résidants du CHSLD Saint-Joseph
- Monsieur Roger Plante, administrateur
- Madame Marielle Raymond, conseillère
- Agente de liaison : Madame Brigitte Charest

Représentation au Conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup (CSSS RDL)

- Monsieur Jacques Lapierre
- Monsieur Yves Courbron

Certains membres du CU siègent sur différents comités du CSSS RDL

• Comité de gestion des risques :	M. Roger Plante
• Comité des soins palliatifs :	Mme Madeleine Pelletier
• Comité d'éthique CSSS KRTB :	Mme Lise Pelletier
• Comité de vigilance et de la qualité des services :	M. Yves Courbron
• Conseil d'administration et Comité de vigilance de l'Agence de la santé et des services sociaux du BSL :	Mme Lise Pelletier

Nombre de rencontres en 2012-2013

- 10 réunions ordinaires.
- 2 réunions spéciales.
- 1 assemblée générale annuelle.

Calendrier des réunions du Comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup

DATES 2012-2013 - Réunions ordinaires
Lundi 2 avril 2012
Lundi 7 mai 2012
Lundi 11 juin 2012
Lundi 10 septembre 2012
Lundi 15 octobre 2012
Lundi 12 novembre 2012
Lundi 17 décembre 2012
Lundi 14 janvier 2013
Lundi 11 février 2013
Lundi 11 mars 2013
Réunions spéciales
Lundi 14 mai 2012
Lundi 13 août 2012
Assemblée générale annuelle
Mercredi 9 mai 2012

Le taux de participation des membres du comité aux réunions est de 80 %

Rapport du président

Le Comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup termine une année de plus. C'est en équipe que le comité informe les usagers de leurs droits et obligations et essaie de faire respecter ces droits.

Il est toujours à notre attention les services fournis par l'établissement, principalement ce qui concerne le centre de prélèvement, l'urgence et l'alimentation dans les différentes installations du CSSS.

La fermeture de nos différents CHSLD pour éclosion de virus ayant été plus limitée, nous constatons que le travail d'équipe de la direction avec les autres intervenants a aidé à donner le plus de satisfaction possible aux résidants et à leurs familles. Il existe encore un certain questionnement pour l'amélioration dans les cas d'éclosion.

La rencontre avec la direction et les nutritionnistes met en chemin une révision des menus pour que les usagers puissent jouir d'une alimentation saine et plus variée.

Le comité s'est penché sur des interrogations des gens hébergés en résidences intermédiaires, sur l'heure des repas de certains résidants et sur l'accessibilité gratuite du stationnement au CHRGP pour les personnes handicapées détenant une vignette.

Il y a eu rencontre avec madame Alice Bélanger, commissaire aux plaintes par intérim, afin d'échanger sur la vision de son rôle et du nôtre concernant l'aide à apporter aux usagers pour qu'ils puissent recevoir satisfaction quand ils utilisent nos services.

Madame Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, s'est toujours montrée collaboratrice pour les services et soins de santé offerts aux usagers. Toujours avec l'aide de madame Lavoie, le comité des usagers envisage de créer un nouveau formulaire, très à la portée des usagers, afin de recueillir des données sur la satisfaction de tous les usagers (CHSLD, résidences intermédiaires, CHRGP et CLSC) face aux services de santé et sociaux qu'ils reçoivent. Ce questionnaire sera disponible à l'automne 2013.

Le comité des usagers étudie des moyens pour connaître les besoins des usagers. À cet effet, nous croyons qu'une boîte à suggestions pourrait être placée dans certaines installations de notre établissement.

Le comité a accru sa visibilité en aidant le centre de jour du CHSLD de Saint-Joseph dans sa publicité et en distribuant de l'information sur l'accessibilité à Info-Santé 811. Nous essayons de sensibiliser les usagers aux services existants mais souvent méconnus.

En tant que président, je suis heureux de vous faire part de la nomination de madame Lise Pelletier, membre de notre comité, à titre d'administratrice au sein du conseil d'administration de l'Agence de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent, poste qu'elle occupe depuis le mois de septembre 2012. Félicitations madame Pelletier.

Nous envisageons une année 2013-2014 avec l'optimisme d'une première pelletée de terre pour le nouveau CHSLD 72 lits et d'un médecin spécialiste en gériatrie.

Je remercie les membres du comité et l'agente de liaison pour leur disponibilité ainsi que la direction des différents services de notre centre de santé. C'est ensemble que nous parviendrons à répondre adéquatement aux différents besoins de nos usagers.

Le président,
Jacques Lapierre

Bilan des activités

Au cours de l'année 2012-2013, le Comité des usagers de Rivière-du-Loup s'est réuni 12 fois. Il a continué le plan d'action de l'année précédente et a établi un budget en regard de ses fonctions.

Dans la continuité des visites des résidences intermédiaires débutées au cours de l'année 2011-2012, le 11 avril 2012, madame Marielle Raymond et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, madame Anne-Marie Rieu, visitent la résidence La Falaise.

Madame Marielle Raymond et monsieur Jacques Lapierre participent le mercredi 18 avril 2012 à un « 5 à 7 » ainsi qu'à une conférence, activité organisée dans le cadre du 20e anniversaire du Centre d'action bénévole de la Seigneurie de Rivière-du-Loup.

Le mercredi 9 mai 2012, le comité des usagers tient son assemblée générale annuelle faisant état de son rapport d'activités et présente son rapport financier pour l'année 2011-2012. Il y a également, lors de cette rencontre, période d'élections permettant d'accueillir au sein de notre comité de nouveaux membres. Le comité des usagers compte 8 membres et une conseillère en la personne de madame Marielle Raymond.

Trois des nouveaux membres de notre comité, madame Micheline Morais ainsi que messieurs Gilbert Blachon et Roger Plante, assistent le vendredi 18 mai 2012 à Québec, à un symposium régional de formation offert par le Conseil pour la protection des malades.

Madame Marielle Raymond ainsi que l'agente de liaison, Brigitte Charest, sont présentes au colloque annuel du Conseil pour la protection des malades à Saint-Hyacinthe les 3 et 4 juin 2012. Le thème de ce colloque portait sur la communication et le pouvoir d'agir. Mesdames Raymond et Charest ont apprécié le contenu des ateliers et des conférences de ce colloque et surtout d'avoir eu la chance d'échanger et d'entendre les administrateurs de d'autres comités nous faire part de diverses situations vécues et qui, bien souvent, ressemblent à celles dont notre propre comité a à faire face.

Le 7 juin 2012 se tient à Rivière-du-Loup, l'assemblée générale annuelle du Centre d'assistance aux plaintes du Bas-Saint-Laurent dont monsieur Gilbert Dupuis est président, rencontre à laquelle madame Marielle Raymond assiste.

Le 2 août 2012, les administrateurs du comité des usagers rencontrent des membres de la direction pour une présentation des modifications apportées au projet initial de construction du CHSLD 72 lits et l'échéancier de sa réalisation. En désaccord avec ces modifications, le comité des usagers tient, le 13 août 2012, une réunion spéciale pour discuter de la façon de faire savoir

à la population son mécontentement. Le 15 août 2012, il y a donc envoi d'un communiqué de presse expliquant la position du comité des usagers suite aux changements envisagés dans le plan de construction de cet établissement.

Mesdames Marielle Raymond et Brigitte Charest, agente de liaison, se rendent le 30 août 2012 à Matane, afin de participer à la rencontre annuelle des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent ayant comme thème : Quelle place occupe la famille de l'usager des CHSLD.

Toujours en lien avec le dossier du CHSLD 72 lits et de l'envoi du communiqué de presse s'y rapportant, madame Marielle Raymond et monsieur Yves Courbron rencontrent, les 16 et 20 août 2012, les candidats à l'élection provincial de l'automne 2012, messieurs Michel Lagacé et Jean D'Amour, seuls candidats à cette élection à avoir répondu à l'invitation de notre comité. Le but de ces entrevues est d'avoir leur position dans ce dossier et surtout d'avoir leur appui dans la réalisation de ce projet.

Les membres de notre comité, en collaboration avec la direction du CSSS de Rivière-du-Loup, collaborent à la préparation de la tenue des Journées de la Qualité des services prévues dans la première semaine du mois d'octobre 2012. Le 4 septembre 2012, mesdames Marielle Raymond et Brigitte Charest rencontrent madame Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, ainsi que madame Sarah Ouellet, agente de communication au CSSS de Rivière-du-Loup, pour discuter du déroulement de cet événement.

À la réunion du 10 septembre 2012, les administrateurs du comité des usagers nomment officiellement pour l'année financière 2012-2013, madame Jacynthe Moyen, comme vérificatrice de ses rapports financiers mensuels et ceux de fin d'année.

Au mois de septembre 2012, madame Lise Pelletier, membre de notre comité, est nommée administratrice au sein du conseil d'administration de l'Agence de santé et services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Le 4 octobre 2012, il y a participation de monsieur Gilbert Blachon, vice-président du comité des usagers, à la rencontre Qualité de vie des personnes aînées dont le thème est : Se réseauter pour la qualité de vie des personnes aînées.

Dans le cadre des Journée de la Qualité des services et de la 2e édition de la Semaine des droits des usagers, le comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup reçoit comme conférencier, le 4 octobre 2012, monsieur Paul G. Brunet, président du Conseil pour la protection des malades, activité offerte à toute la population. Le lendemain, 5 octobre 2012, monsieur Brunet accorde une entrevue au journaliste Daniel St-Pierre et par la suite, mesdames Marielle Raymond et Madeleine Pelletier l'accompagnent pour une visite au CHSLD de Saint-Joseph. Monsieur Brunet a alors la chance de discuter avec les résidants, le personnel soignant ainsi que la direction de cet établissement.

À la réunion mensuelle du 15 octobre 2012, les administrateurs de notre comité rencontrent l'équipe de nutrition de notre centre de santé et services sociaux. À celle-ci, se joint monsieur Daniel Lévesque, directeur général du CSSS de RDL. Le but de cette rencontre est d'améliorer les repas offerts aux usagers et résidants du CHRGP ainsi que dans nos 3 CHSLD. Nous profitons de cette occasion pour faire une dégustation des repas Épikura, nourriture préparée pour les personnes dysphagiques. La collaboration des membres du comité des usagers est alors sollicitée pour

la révision des menus. Nous attendons de la part de l'équipe de nutrition le compte-rendu de cette démarche.

Par la suite, lors de cette même réunion, il y a discussion avec monsieur Daniel Lévesque de certains dossiers dont les membres de notre comité accordent une grande priorité. Il s'agit du temps d'attente à l'urgence, le service de prélèvements, la clinique d'orthopédie, la construction du nouveau CHSLD 72 lits et l'engagement du personnel soignant principalement dans nos CHSLD. Cette démarche auprès de monsieur Lévesque est de s'assurer qu'il y a amélioration des services et des soins de santé offerts aux usagers.

Le 19 octobre 2012, madame Marielle Raymond et monsieur Yves Courbron rencontrent le député de Rivière-du-Loup/Témiscouata, monsieur Jean D'Amour, pour discuter du dossier du nouveau CHSLD 72 lits.

La distribution des calendriers Temporalis a été faite au cours du mois de décembre 2012. Ces calendriers sont de plus en plus connus et appréciés. Ils ont été distribués dans nos 3 CHSLD, dans les différents services et départements du Centre Hospitalier, dans nos 14 résidences intermédiaires et de type familial, ainsi qu'au CLSC et dans ses points de service situés dans les municipalités de L'Isle-Verte, Saint-Cyprien et Saint-Épiphane. Cette année, le comité des usagers a également fait l'achat d'un autre modèle de calendrier spécifiquement dédié aux personnes avec une basse vision. Sur les 330 calendriers 2013 commandés, 297 ont été donnés aux établissements et services ci-haut mentionnés. Présentement, un certain nombre de ces deux modèles de calendriers sont encore disponibles.

Dans le cadre de sa campagne de publicité, le comité des usagers a contribué à l'organisation des fêtes de Noël et du Nouvel An pour les CHSLD de Saint-Antonin et Saint-Cyprien. De plus, nous avons pu compter sur une bonne participation des membres de notre comité à ces fêtes organisées pour nos résidants et leurs familles. En effet, les 17, 18 et 19 décembre 2012, aux CHSLD de Saint-Joseph, Saint-Antonin et Saint-Cyprien de belles fêtes ont eu lieu. Les membres de notre comité ont pu constater tout le dévouement du personnel de ces établissements afin de faire de ces activités un franc succès.

Le comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup débute l'année 2013 avec un projet qui lui tient vraiment à coeur soit, celui de faire connaître davantage les services d'**Info-Santé 811**. Ce projet retient l'attention de la direction de notre centre de santé et une lettre devrait être envoyée à divers commerces et organismes de Rivière-du-Loup afin de les sensibiliser aux services que peut offrir Info-Santé à tous les usagers. À ce titre, le comité des usagers est heureux de vous présenter son outil de promotion pour le 811 soit, un magnétique sur lequel vous retrouvez également les coordonnées de notre comité. Nous sommes présentement à étudier la distribution la plus pertinente de cet article promotionnel. Par cette démarche, le comité des usagers vise principalement le désengorgement de l'urgence de notre hôpital et que les usagers bénéficient d'un soutien efficace et rapide.

Le 14 janvier 2013, madame Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, présente aux administrateurs de notre comité, le cadre de références en matière d'amélioration continue de la qualité. L'amélioration continue de la qualité est un grand défi et un travail rigoureux à long terme.

À notre réunion mensuelle du 11 février 2013, nous recevons à nouveau madame Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, accompagnée de madame Maryse Plourde, conseillère en évaluation de la qualité de la compétence et de la pertinence des soins, concernant l'utilisation des produits d'hygiène et les nouvelles culottes d'incontinence pour nos résidants en CHSLD. Par la suite, le comité des usagers accueille madame Alice Bélanger, commissaire aux plaintes par intérim en remplacement de madame Anne-Marie Rieu partie à la retraite à l'automne 2012.

Toujours dans le but de mieux se faire connaître, il y a collaboration financière de notre comité pour l'achat de 250 gobelets pour les usagers du Centre de jour du CHSLD de Saint-Joseph. Nous retrouvons sur chacun de ces gobelets le nom et le numéro de téléphone de notre comité.

Le 11 mars 2013, le comité des usagers tient sa dernière réunion mensuelle pour l'année 2012-2013, en rencontrant monsieur Daniel Lévesque, directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup ainsi que madame Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité. Lors de cette rencontre les membres du comité des usagers font un suivi des dossiers ayant déjà fait partie de discussions antérieures.

Le comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup félicite madame Marielle Raymond, conseillère au sein de notre comité, pour sa nomination depuis la fin du mois de mars 2013, au poste d'administratrice au sein du conseil d'administration du Conseil pour la protection des malades (CPM). Il s'agit ici d'un organisme provincial dont la mission est de promouvoir et défendre les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux afin d'augmenter leur pouvoir d'agir et d'améliorer la qualité des services.

Enfin, le comité des usagers est fier de vous présenter le petit dernier : son site Internet. En effet, depuis le 18 février 2013, deux administrateurs de notre comité, messieurs Roger Plante et Yves Courbron, madame Marielle Raymond, conseillère ainsi que l'agente de liaison, Brigitte Charest, travaillent à mettre sur pied cet outil de communication. Depuis le 1er mai 2013, notre site internet est opérationnel et nous sommes heureux d'en faire l'annonce officielle. Nous voulons que le contenu de notre site internet permette aux usagers de notre centre de santé de mieux connaître et comprendre le mandat de notre comité et d'avoir accès à de nombreuses informations en lien avec les soins de santé au Québec. Nous espérons que notre site soit aussi une source de références pour tous les usagers de notre système de santé. Voici l'adresse de notre site internet : **http://cdurivieredeuloup.org**

Enfin, tout au cours de l'année, le comité des usagers a adressé les requêtes suivantes auprès de la direction du CSSS de Rivière-du-Loup :

- Amélioration de l'état du stationnement au CHRGP pour la sécurité des usagers.
- Réquisition pour la gratuité du stationnement au CHRGP pour les personnes handicapées (avec vignette).
- Réparation du couvre-plancher à l'étage et à la salle des loisirs au CHSLD de Saint-Antonin afin de sécuriser les lieux pour les usagers.
- Étanchéité des fenêtres du côté Nord du CHSLD de Saint-Antonin afin de limiter l'air froid pénétrant.
- Évaluation par les ergothérapeutes des résidants du CHSLD de Saint-Cyprien afin que leurs fauteuils soient mieux adaptés à leurs besoins.
- Identification et respect du stationnement réservé aux visiteurs au CHSLD de Saint-Joseph.

Conclusion

Nous envisageons pour l'année 2013-2014 de rencontrer différents organismes pour accroître notre visibilité dans le milieu. L'orientation du nouveau ministre de la Santé de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées à domicile nous amène à être très vigilants pour que celles-ci reçoivent, de la part du CLSC, les services requis par leur état. S'il devait s'accroître des frais d'hébergement pour nos personnes résidants en CHSLD et en ressources intermédiaires, nous devons être très à l'écoute des familles de ces usagers.

Nous avons toujours comme objectif principal de soutenir nos usagers afin qu'ils obtiennent satisfaction dans les services reçus de notre établissement, le centre de santé et services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS de Rivière-du-Loup).

11.8 Comité d'éthique

Nom et titre des membres du comité d'éthique clinique

Membres du CSSS de Rivière-du-Loup :
Dre Céline Gravel, opthalmologiste
Dre Annie Ouellet, radiologiste
Mme Sarah Bélanger, pharmacienne
M. Jules Massé, intervenant spirituel
Mme Suzanne Michaud, archiviste
Mme Suzanne Beaulieu, infirmière clinicienne
Mme Anne-Marie Rieu, commissaire aux plaintes et à la qualité des services (jusqu'en octobre 2012)
M. Cyr Dumas, retraité

Membre du CSSS des Basques :
Mme Élisabeth Lavoie

Membres du CSSS du Kamouraska :
Mme Annie Chamberland
M. André Baker

Membres du CSSS de Témiscouata :
Dr Joan Banet, omnipraticien
Mme Cathy Deschênes

Mandat général du comité d'éthique clinique

Le rôle du comité d'éthique clinique est de faire la promotion de l'éthique dans les CSSS du KRTB. Il est porteur d'un volet éducation et d'un volet clinique auprès des intervenants concernant des questions d'ordre éthique. Ce rôle se traduit dans le concret à trois niveaux : le volet clinique qui est la principale source d'activité du comité, le volet institutionnel qui répond aux demandes pouvant provenir des différentes organisations du KRTB et le volet de l'engagement qui fait la promotion de l'éthique.

Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière
La priorité 2012-2013 est de faire des exercices de discussions éthiques dans chacun de nos établissements.

Bilan des activités
Le nombre de réunions du comité d'éthique clinique est de 10 et le taux de participation des membres est à 70 %. Cela en dehors des activités des sections locales du comité d'éthique des CSSS du KRTB.

Cinq questionnements ont été traités au cours de l'année financière. Au CSSS de Rivière-du-Loup, deux sujets ont été soumis, tandis que qu'il y en a eu un pour chacun des autres CSSS du KRTB.

Il est intéressant de noter que les sujets soumis concernaient différentes missions de nos CSSS, entre autre le volet hospitalier, le volet communautaire et le volet hébergement.

Principales difficultés éthiques soulevées
Il est difficile de rejoindre les gens dans les différentes missions de l'établissement malgré le fait d'avoir un lien entre le comité d'éthique et les intervenants. Très peu de demandes de questionnements éthiques parviennent au comité d'éthique.

Le comité d'éthique clinique bénéficie-t-il d'un soutien financier et administratif pour lui permettre de remplir son mandat ?
Le comité d'éthique a reçu une contribution de chacun des CSSS du KRTB pour favoriser ses activités. Il est maintenant outillé pour mettre en place des outils indispensables au développement de la vie éthique dans nos établissements du KRTB.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs ou priorités fixés pour l'année financière
Le comité a atteint son objectif de discuter de quatre cas cliniques dans l'année. La personne-lien entre le comité et les intervenants a quitté en cours d'année. Cette personne étant indispensable au bon fonctionnement de notre comité, le recrutement est en cours. Son absence a un impact direct sur les demandes qui bénéficieraient d'une analyse au comité d'éthique.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière
Le comité travaille sur l'actualisation du dépliant de sensibilisation et d'information destiné aux différentes organisations. Le comité désire aller plus loin dans le volet formation, en offrant une formation aux intervenants cibles pour les secteurs cliniques des établissements du KRTB. Le comité travaille à mettre en place des outils permettant et favorisant la réflexion éthique.

Recommandations
Il est impératif qu'une personne soit mandatée pour faire les liens entre le comité d'éthique et les intervenants du CSSS de Rivière-du-Loup. Cette personne se doit d'être présente de façon régulière dans les différents services de l'établissement pour recueillir le plus rapidement possible les faits du quotidien qui suscitent un questionnement éthique chez nos diverses clientèles et notre personnel. La présence de cette personne est indispensable à la transmission des demandes vers le comité d'éthique.

Conclusion
Le comité d'éthique du KRTB continu ses démarches de mise en place de ses structures.

Cyr B. Dumas
Président

11.9 *Comité de gestion des risques*

C'est avec plaisir que le comité de gestion des risques présente son rapport annuel pour l'année de référence 2012-2013.

Cet exercice est réalisé en présentant les fondements juridiques, le mandat du comité de gestion des risques, les faits se rapportant à la surveillance des incidents/accidents, les événements sentinelles ainsi que les activités réalisées cette année.

En vertu de l'article 183.2 de la LSSSS, le comité de gestion des risques a pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant notamment à :
- identifier et analyser les risques d'incidents et d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers et des employés et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes et aux proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents;
- recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Composition du comité de gestion des risques

Les membres du comité de gestion des risques pour l'année 2012-2013 sont :

- Mme Brigitte Lavoie, présidente;
- M. Michel Jones, délégué du CA et du comité des usagers (avril 2012 à novembre 2012),
- Mme Sylvie Pelletier, délégué du CA et du comité des usagers (novembre 2012 à mars 2013),
- M. Roger Plante, délégué du comité des usagers (depuis mars 2013),
- Dr Bernard Pouliot, direction de la santé publique (avril 2012 à novembre 2012),
- Mme Luce Landry, conseillère en prévention des infections,
- Mme Marie-Ève Côté, analyste en informatique,
- M. Gilles Lavoie, conseiller santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail,
- Mme Helen LaViolette, technicienne administrative et chef de service des approvisionnements par intérim,
- Mme Caroline Morin, coordonnatrice du programme santé mentale,
- M. Doris Vachon, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence (avril 2012 à novembre 2012),
- Mme Guylaine Boucher, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence par intérim (novembre 2012 à mars 2013).

Le comité de gestion des risques a tenu quatre réunions entre le 1er avril 2012 et le 31 mars 2013.

Mise en contexte

La sécurité est une notion qui est intimement liée à la qualité des soins et des services prodigués aux usagers. Afin de mettre en perspective le contenu du rapport annuel du comité de gestion des risques, il importe de bien situer les données quant au profil de la clientèle pour laquelle la majorité des évènements surviennent. Le Rapport semestriel des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec (décembre 2012) rapporte que plus de la moitié des évènements indésirables touchent les personnes âgées de 75 ans et plus et que les missions d'établissement CH et CHSLD sont celles où il se produit le plus. Cette constatation correspond également à la réalité de notre CSSS. La clientèle de notre CSSS présente des problèmes de santé tels que des troubles de la mobilité et des problèmes cognitifs qui les rendent plus à risque d'incident/accident. Étant donné qu'il est impossible d'éliminer totalement les risques pour notre clientèle, les actions visant à réduire le risque qu'un événement indésirable qui survienne, revêtent une importance capitale. Chaque situation vécue par les usagers mérite une évaluation individuelle visant à gérer le risque sans entraver son autonomie. En tenant compte des valeurs de l'individu et du contexte propre à la situation, l'équipe interdisciplinaire, de concert avec la famille, établit un plan d'intervention en tenant compte des risques potentiels qui peuvent être assumés. Par exemple, on peut choisir de laisser circuler librement une personne qui présente des problèmes cognitifs, même si le risque de chute existe, au lieu de la confiner au fauteuil, ce qui aurait comme effet de réduire sa qualité de vie.

Actions réalisées en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques

Cette année, un fort engagement de l'organisation en ce qui concerne la qualité et la sécurité s'est traduit notamment par une diversité d'actions réalisées en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques.

Plusieurs acteurs ont pris part à ces réalisations, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel, en voici un bref aperçu.

Adoption par le Conseil d'administration du Cadre de référence en amélioration continue de la qualité

L'élaboration du Cadre de référence en amélioration continue de la qualité vise à proposer une démarche et un modèle intégrateur des différentes composantes de la qualité afin d'assurer la réalisation de stratégies et d'actions pouvant conduire l'établissement vers une culture de la qualité et de la sécurité. Il se veut un guide de référence pour les prestateurs de soins et services ainsi que pour les administrateurs, dans leurs relations avec la clientèle et les différents partenaires.

D'autres actions ont été réalisées en lien avec la gestion des risques. Parmi celles-ci, notons :

- Révision du règlement sur les mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques.
- Élaboration du programme de prévention des chutes.
- Audits de qualité sur l'administration sécuritaire de la médication au centre hospitalier et dans les trois centres d'hébergement.
- Semaine de la sécurité à l'automne 2012.

Portrait global des incidents/accidents pour l'année 2012-2013

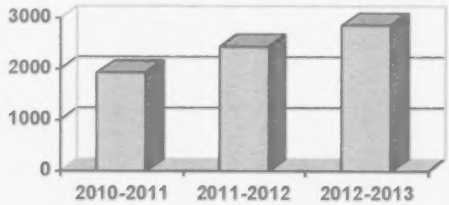
Volume total de déclarations

On compte 2 851 évènements déclarés cette année comparativement à 2 441 l'année dernière. C'est donc 410 rapports de plus qui sont parvenus en gestion des risques cette année, ce qui correspond à une augmentation de 16,8 %.

Bref, une moyenne de 220 rapports d'incidents/accidents acheminés par période, pour validation et compilation par la gestion des risques.

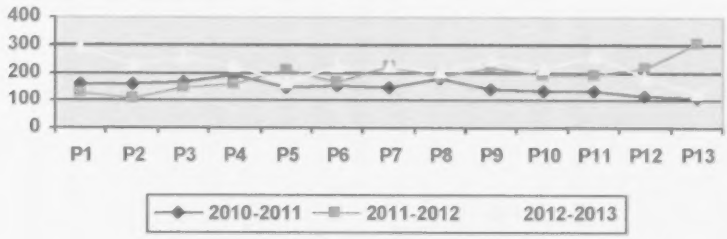
Graphique 1

Évolution du volume annuel de déclarations



Graphique 2

Évolution du volume périodique de déclarations



Répartition des évènements indésirables par installation

Si nous analysons plus attentivement le volume et la répartition des déclarations par installation, nous constatons que c'est au centre hospitalier et au centre d'hébergement St-Joseph que nous avons connu la plus importante hausse de déclarations.

Tableau 1

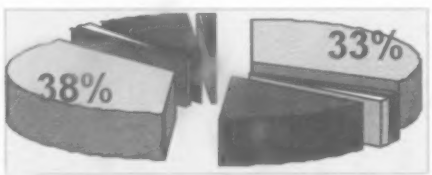
Volume de déclarations par installation	2012-2013	2011-2012	Variation
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	1221	900	35.7%
CHSLD St-Joseph (incluant UTRF et RI*)	1024	849	20.6%
CHSLD St-Cyprien	207	188	10.1%
CHSLD St-Antonin	212	307	(30.9%)
CLSC Rivières et marées	187	197	(5.1%)
TOTAL	2851	2441	16.8%

* UTRF : Unité transitoire (Pavillon des Cèdres)
* RI : Ressources intermédiaires

Répartition des évènements indésirables par type d'évènement

On compte **2 851** événements déclarés cette année. Pour l'ensemble de l'organisation, les chutes et les médicaments représentent **71%** des déclarations d'événements; les chutes correspondent à **33%** et les erreurs de médicaments à **38%** des événements indésirables.

Graphique 3
Volume de déclarations par type d'évènement



Chute
Traitement
Diète
Effet personnel
Autre
Médicament
Test diagnostique
Matériel
Abus/agression
Équipement
Sécurité information
Bâtiment
Lié à l'usager

Tableau 2
Volume de déclarations par type d'évènement

	Chutes	Diète	Médication	Test diagnostique	Traitement	Sécurité de l'information	Effets Personnels	Matériel	Équipement	Agression, abus	Autres*	Total 2012-2013
TOTAL	942	14	1049	11	29	6	38	49	15	242	456	2851

* Dans la catégorie « Autres », nous retrouvons les situations suivantes : automutilation, blessure d'origine inconnue, bris d'asepsie ou de stérilité, fugue, non-respect d'une procédure, obstruction respiratoire, tentative de suicide, problème lié aux bâtiments et situation à risque.

Tableau 3
Volume de déclarations par niveau de gravité

		2012-2013	2011-2012	
Incidents	A- Situation à risque	104	51	Évènements sans conséquences
	B- Échappé belle	129	96	
Accidents	C- Pas de conséquence	1585	1355	
	D- Conséquence crainte ou anticipée	605	561	Évènements avec conséquences mineures
	E1- Exige soins non spécialisées	355	283	
	E2- Exige soins spécialisés	58	70	
	F- Conséquence temporaire exigeant hospitalisation	11	23	Évènements avec conséquences majeures
	G- Conséquence permanente	2	0	
	H- Intervention pour maintenir en vie	2	0	
	I- Décès	0	1	
	Indéterminé	0	1	
	TOTAL	**2851**	**2441**	

Volume total des évènements indésirables par gravité

L'objectif ultime de la gestion des risques est de pouvoir réduire le taux d'accidents et d'en venir à déclarer d'avantage d'incidents, voire des situations à risque.

Sur les 2 851 déclarations d'incidents/accidents reçues pour l'année de référence 2012-2013, 1818 (63,7 % du total des événements) n'ont pas eu de conséquences pour l'usager. Il s'agit des événements de gravité A à C.

D'un autre côté, 1 018 événements indésirables ont occasionné des conséquences mineures aux usagers. Il s'agit des événements de gravité D, E1 et E2.

Par ailleurs, 15 événements indésirables ont eu des conséquences importantes et ont nécessité une hospitalisation ou un prolongement d'hospitalisation visant à contrôler les conséquences de cet événement ou causer un décès. Il s'agit des événements de gravité F à I.

Tableau 4
Événements sentinelles par installation

	Fx poignet	Fx avant-bras	Fx côtes	Fx hanche	Fx humérus	Fx Fémur	Tentative de suicide	Défectuosité équipement	Contamination prélèvements	Confidentialité prélèvement	Bris de processus de stérilité	Dégât d'eau	Total
CHRGP	1		1		1		1	6	1	1	1	2	**15**
CHSLD St-Joseph (incluant UTRF et RI)	1	1		4		1							**7**
CHSLD St-Antonin													**0**
CHSLD St-Cyprien	1			1									**2**
CLSC Rivières et marées													**0**
TOTAL	**3**	**1**	**1**	**5**	**1**	**1**	**1**	**6**	**1**	**1**	**1**	**2**	**24**

Événement sentinelle

Un événement sentinelle est un événement inattendu, potentiellement inévitable, lié à des processus ou à des interventions qui mènent ou qui auraient pu mener à un décès, une perte de fonction importante ou permanente chez l'individu ou des dommages matériels graves et importants aux biens de l'établissement. Les événements sentinelles sont ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques et ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

En 2012-2013, 24 événements sentinelles ont été déclarés et 50 % d'entre eux sont reliés à une chute ayant pour principale conséquence une fracture.

Recommandations du coroner

Il n'y a eu aucune enquête du coroner au sein de l'établissement.

Mise en place de recommandations du coroner

Nous avons reçu un rapport du coroner suite à un décès d'une résidente dans un centre d'hébergement de la province, plusieurs appareils SMART visant à éviter les chutes pourraient être défectueux. Suite à cette publication, nous avons effectué l'inventaire de ces appareils sur nos sites d'hébergement et les correctifs ont été apportés.

Perspectives d'actions 2013-2014

Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité, et outre le mandat décrit par la loi, le comité de gestion des risques se donne les objectifs suivants pour l'année 2013-2014 :

1. Effectuer la formation sur le règlement des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques.
2. S'assurer de la mise en place des actions ciblées en vue d'améliorer les processus liés à la médication.
3. Révision du règlement sur le fonctionnement du comité de gestion des risques.
4. Révision réviser la politique de déclaration d'un incident ou d'un accident ainsi que la politique de divulgation d'un accident survenu à un usager.
5. S'assurer de la mise en place de la politique et procédure des travaux de construction et de rénovation ainsi que la procédure en ce qui concerne les dégâts d'eau.

Conclusion

La sécurité est une des dimensions de la qualité qui occupe une place importante au CSSS de Rivière-du-Loup. La prestation sécuritaire des soins et des services est une préoccupation primordiale et elle implique le développement d'une culture de sécurité ainsi que la mise en place d'un processus de gestion des risques organisé autour de la promotion des moyens visant à prodiguer des soins en toute sécurité. Les activités de gestion des risques permettent d'améliorer les processus et les résultats des soins et des services à la clientèle.

La publication du premier Rapport semestriel des incidents et des accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec a permis aux établissements de s'engager dans une démarche de transparence en matière de sécurité des patients qui est essentielle pour conserver la confiance du public. Depuis plusieurs années, notre CSSS a consenti des efforts importants pour favoriser une culture de sécurité dans tous les secteurs de l'organisation notamment par le biais de la déclaration des événements indésirables, de leur analyse afin de mettre en place des mesures correctives et de la divulgation à l'usager et à ses proches. En encourageant une culture de sécurité et de non-blâme, le comité de gestion des risques agit directement sur l'amélioration de la qualité des soins et services.

Brigitte Lavoie

Brigitte Lavoie
Présidente du comité des risques

12. Rapport de la direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'Article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues aux Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Daniel Lévesque
Directeur général

Caroline Mailloux
Directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles.

13. États financiers

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
s.e.n.c.r.l.
300, boul. de l'Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 9C6

Téléphone : 418 862-4296
Télécopieur : 418 862-2572
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Société de comptables professionnels agréés
Membre de Grant Thornton International Ltd

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Robert Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Rivière-du-Loup
Le 25 juin 2013

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108840

Résultats - Fonds d'exploitation et fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
REVENUS	98,429,109 $	4,701,848 $	103,130,957 $	98,015,788 $
CHARGES				
Masse salariale travaillée	46,013,742 $	- $	46,013,742 $	44,970,128 $
Avantages sociaux généraux	9,176,003 $	- $	9,176,003 $	8,560,831 $
Avantages sociaux particuliers	3,769,511 $	- $	3,769,511 $	3,396,784 $
Charges sociales	7,654,064 $	- $	7,654,064 $	7,276,664 $
Autres dépenses directes incluant les charges non réparties	30,916,057 $	36,972 $	30,953,029 $	28,682,697 $
Frais financiers	- $	1,217,801 $	1,217,801 $	1,271,289 $
Amortissement des immobilisations	- $	3,187,113 $	3,187,113 $	3,334,794 $
Transferts interfonds	803,064 $	(803,064) $	- $	- $
TOTAL	**98,332,441 $**	**3,638,822 $**	**101,971,263 $**	**97,493,187 $**
Surplus (déficit) - Activités principales	96,668 $	1,063,026 $	1,159,694 $	522,601 $
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Revenus	1,295,122 $	- $	1,295,122 $	1,374,172 $
Charges	1,017,229 $	- $	1,017,229 $	1,123,167 $
TOTAL	**277,893 $**	**- $**	**277,893 $**	**251,005 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**374,561 $**	**1,063,026 $**	**1,437,587 $**	**773,606 $**

État des surplus (déficits) cumulés pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(599,564) $	876,098 $	276,534 $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		- $	- $
Surplus (déficit) de l'exercice	374,561 $	1,063,026 $	1,437,587 $
			-
			$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN Note 1	**(225,003) $**	**1,939,124 $**	**1,714,121 $**

Note 1 : Le déficit cumulé tient compte de cibles déficitaires autorisées de 831 030 $ qui devraient être remboursées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. À ce jour, si ces cibles déficitaires étaient remboursées, le solde du fonds d'exploitation afficherait un surplus de 606 027 $.

État de la situation financière
pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
ACTIF				
Encaisse	2,764,164 $	1,814,213 $	4,578,377 $	6,577,629 $
Placements temporaires	3,015,874 $	- $	3,015,874 $	- $
Débiteurs - Agence et MSSS	5,617,068 $	319,019 $	5,936,087 $	5,323,699 $
Autres débiteurs	1,282,478 $	103,359 $	1,385,837 $	1,267,283 $
Créances interfonds (dettes interfonds)	(199,626) $	199,626 $	- $	- $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) réforme comptable	8,052,766 $	878,895 $	8,931,661 $	6,689,908 $
Autres éléments	202,306 $	10,856 $	213,162 $	591,070 $
TOTAL DE L'ACTIF	**20,735,030 $**	**3,325,968 $**	**24,060,998 $**	**20,449,589 $**
PASSIF				
Emprunts temporaires	- $	1,015,699 $	1,015,699 $	900,221 $
Autres créditeurs et autres charges à payer	9,359,371 $	826,530 $	10,185,901 $	8,859,007 $
Avances de fonds en provenance de l'Agence enveloppes décentralisées	- $	988,561 $	988,561 $	1,090,683 $
Intérêts courus à payer	- $	319,019 $	319,019 $	326,965 $
Revenus reportés	4,794,601 $	2,936,756 $	7,731,357 $	6,154,463 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	8,315,494 $	- $	8,315,494 $	8,183,713 $
Dettes à long terme	- $	31,792,007 $	31,792,007 $	31,579,626 $
Autres éléments	171,599 $	- $	171,599 $	1,793,698 $
TOTAL DU PASSIF	**22,641,065 $**	**37,878,572 $**	**60,519,637 $**	**58,888,376 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(1,906,035) $	(34,552,604) $	(36,458,639) $	(38,438,787) $
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	36,491,729 $	36,491,729 $	36,958,030 $
Stocks de fournitures	1,512,063 $	- $	1,512,063 $	1,562,715 $
Frais payés d'avance	168,968 $	- $	168,968 $	194,577 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**1,681,031 $**	**36,491,729 $**	**38,172,760 $**	**38,715,322 $**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**(225,004) $**	**1,939,125 $**	**1,714,121 $**	**276,535 $**

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

État des flux de trésorerie

pour l'exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	5,651,327 $	3,825,164 $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisations	(2,720,811) $	(3,777,442) $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(5,257,627) $	(307,197) $
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	327,860 $	44,665 $
Diminution de la trésorerie et des équivalents	(1,999,251) $	(214,810) $
Trésorerie et équivalent de trésorerie au début	6,577,629 $	6,792,439 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin	4,578,377 $	6,577,629 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin comprennent (encaisse)	4,578,377 $	6,577,629 $

14. Loi 100 et optimisation

	Cible	Résultat
Loi 100		
2010-2011	320 096 $	320 096 $
2011-2012	145 335 $	145 335 $
2012-2013	160 471 $	160 471 $
	625 902 $	625 902 $

	Cible	Résultat
Optimisation		
2010-2011		
2011-2012	379 970 $	442 470 $
2012-2013	806 736 $	806 736 $
total	1 186 706 $	1 249 206 $

15. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant

ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2013**		
				R	**PR**	**NR**
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire				Colonnes 5, 6 et 7 : R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Passif pour congé parental	2011-12	R	Comptabilisation à l'état de la situation financière	R		
Passif pour assurance salaire	2011-12	R	Comptabilisation à l'état de la situation financière	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
		N/A				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
		N/A				
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Analyses financières de l'Agence non reçues pour 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011	2011-12	C	L'établissement a obtenu les analyses financières de l'Agence	R		

ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Rapport à la gouvernance						
Facturation des montants hors Québec Nous avons relevé que l'établissement a reçu en début d'avril un montant pour une facturation dont les taux ont été modifiés à la hausse. De plus, ce montant de 34 725 $ n'a pas été considéré dans les revenus de l'exercice et n'a pas été considéré au niveau du rectificatif à payer à ce titre. Nous vous recommandons de porter une attention particulière à ces revenus dans vos procédures de démarcation de fin d'exercice, car la comptabilité de caisse n'est pas une méthode acceptable.	2011-12	O	Une attention particulière a été apportée afin d'assurer une démarcation adéquate.	R		
Calcul de la paie Nous avons relevé une erreur de programmation dans le calcul des primes de fin de semaine. Il est possible pour un employé d'obtenir cette prime selon la façon dont les heures sont saisies. Une demande devrait être faite au fournisseur pour corriger ce problème. Ces écarts de calcul ne devraient pas être tolérés.	2011-12	O	Intervention humaine, mais très peu fréquente (risque faible).		PR	
Appels d'offres Lorsque des appels d'offres pour certains achats sont effectués par d'autres établissements, il faudrait en garder l'évidence au dossier. La conformité de votre dossier pourra facilement être démontrée, en tout temps.	2011-12	O	Processus national - Le document peut être demandé au besoin.			NR
Opérations avec la Fondation La convention de gestion et la convention de bail entre l'établissement et la Fondation sont en cours de révision. Il serait important de vous assurer que des états de compte périodiques sont transmis régulièrement à la Fondation et que des ententes sont prévues pour recouvrer les montants à recevoir totalisant 568 544 $ pour les deux fonds.	2011-12	O	Ce dossier n'a toujours pas été réalisé, mais nous avons recueilli de la documentation d'autres établissements et à la suite des changements apportés par le nouveau budget fédéral, il devient essentiel de réviser la convention de gestion. Ce dossier sera traité avant la fin du mois d'août 2013.			NR
Exigences concernant les taxes ➢ L'établissement devrait valider annuellement son taux d'activités reconnues afin de se prévaloir du taux de récupération uniforme d'un CH pour l'ensemble de ses	2011-12	O	Réalisé en date du 31 mars 2012 (sera fait chaque année).	R		

ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

activités. ➢ À la cafétéria, une facture devrait toujours être remise lors du paiement des clients et non seulement sur demande.		O	Une facture est remise aux clients qui le demandent.			NR
Le bilan annuel concernant la sécurité des actifs informationnels doit être présenté au conseil d'administration	2011-12	O	Présenté au CA du 13 juin 2012.	R		
Il y a un manque de rigueur pour l'établissement des environnements de tests des mises à jour d'applications administratives. Il est arrivé à au moins deux occasions que des fonctions réservées aux versions de tests et les versions destinées à la formation. Des chèques ont déjà été imprimés sur de vrais formulaires de chèques et de fausses confirmations pour des compensations MRQ ont été envoyées au ministère du Revenu par erreur lors de formation sur le logiciel Virtuo. Ce manque de rigueur de la part du fournisseur Virtuo peut entraîner des problèmes de confidentialité des données et des erreurs qui peuvent avoir des impacts sur les données financières de l'établissement. **Recommandation** Une plus grande rigueur devrait être exigée auprès du fournisseur des applications administratives lors de l'établissement des environnements de tests et de formation. Les environnements de tests ne devraient pas permettre d'avoir accès aux fonctions de production (envois de courriels aux différents ministères, impression de chèques, inscription et consultation de données de production, etc.)	2011-12	O	Cette problématique a été communiquée au fournisseur. Nous avons obtenu une confirmation verbale que leur procédure a été revue et corrigée. Aucune autre situation semblable n'a été rencontrée au cours de l'exercice 2012-2013.	R		
L'engin HL7 de MédiSolution qui permet le transfert sécurisé de données entre les systèmes d'information éprouve régulièrement des difficultés à chacune de ses mises à jour. Cette instabilité peut affecter la fiabilité de certains systèmes d'information pendant plusieurs jours.						

ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Recommandation D'autres solutions de synchronisation de données utilisant la norme HL7 existent sur le marché. Une solution plus fiable pourrait être envisagée afin de remplacer celle existante.	2011-12	O	Le TCR a procédé à une analyse des différentes solutions et le produit MERCK a été sélectionné. La planification de la migration est présentement en cours.		PR	
La politique en matière de sécurité concernant les ex-salariés est incomplète. Un employé qui a été mis à pied peut avoir encore accès à son compte d'usager pour les applications administratives. Un ex-salarié pourrait en profiter pour récupérer de l'information confidentielle ou pour altérer de l'information intentionnellement. Le service des TI est avisé lorsqu'un employé quitte l'établissement afin de désactiver son compte d'usager sur le réseau. Par contre, le service des TI ne sait pas si l'usager avait un compte actif pour les applications administratives puisqu'il n'existe aucun registre des droits d'accès et que les accès sont attribués par le pilote responsable et non par le service des TI.						
Recommandation L'utilisation et la mise à jour d'un registre des droits d'accès seraient souhaitables.	2011-12	O	La personne responsable des pilotes s'assure maintenant de faire parvenir dès que connu à l'ensemble des pilotes les noms des employés qui quittent le CSSS.	R		
L'utilisation d'un code d'usager unique pour l'accès au réseau et aux différentes applications permettrait également d'effectuer un meilleur contrôle. Par contre, l'utilisation d'un code unique devrait être combinée à l'utilisation d'un autre système de validation afin d'assurer un niveau adéquat de sécurité (clés RFID sans fil, cartes, lecteurs d'empreintes digitales, etc.)		O	L'utilisation d'un code usager unique est difficile, car les systèmes sont tous paramétrés différemment. Il reste à l'organisation à mettre en place une solution pour réviser les accès pour les employés qui accèdent à un nouveau poste.			NR

ANNEXE 7 À LA CIRCULAIRE 2013-001 (03.01.61.03)
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Aucune révision des profils d'utilisateurs n'est effectuée pour vérifier si l'appartenance au groupe est encore justifiée pour chacun des usagers qui y sont inscrits. Certains usagers peuvent avoir des droits d'accès d'un niveau qui n'est plus approprié. **Recommandation** Une révision périodique des membres de profils d'utilisateurs devrait être effectuée par l'équipe des TI et confirmée au besoin avec les pilotes (chefs de département correspondant).	2011-12	O	Le comité de sécurité des actifs informationnels a émis une recommandation aux pilotes de s'assurer des droits d'accès des usagers. Cependant, aucune validation n'est faite par l'équipe des TIC pour s'assurer du suivi de cette recommandation.		PR	
La documentation existante qui permet d'identifier les informations qui transigent entre les différents systèmes d'information en place au CSSS n'est pas à jour. Il manque entre autres l'application Magistrat pour l'approvisionnement. **Recommandation** Il serait souhaitable que cette information soit mise à jour	2011-12	O	La documentation a été revue et corrigée par le TCR en fonction du déploiement du nouvel engin d'interface.	R		
Il n'y a pas d'outils de monitoring pour l'engin d'interface HL7 du CSSS. Bien que toutes les transactions soient corroborées entre les différents systèmes, un risque d'erreur ou de fraude reste présent puisque les vérifications sont effectuées manuellement par un usager. **Recommandation** L'utilisation d'un outil de monitoring de l'engin d'interface HL7 du CSSS serait souhaitable afin d'assurer un meilleur contrôle et un meilleur suivi des erreurs lors des transferts de transactions entre les systèmes. L'engin d'interface du Techno-Centre quant à lui possède des outils de monitoring depuis quelques mois.	2011-12	O	Comme l'ensemble des systèmes est hébergé au régional et que le TCR dispose d'outils de monitoring adéquat, il n'y a pas pertinence que le CSSS se dote de ce type d'outil.	R		

16. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup

La Fondation, plus présente et plus active que jamais pour le CSSS de Rivière-du-Loup!

Engagée et investie dans son milieu, l'équipe de la Fondation - les membres de son conseil d'administration et son personnel permanent – a procédé en 2012-2013 à un exercice de réflexion stratégique et a mis en oeuvre un nouveau plan d'action. Ainsi, la dernière année financière de la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup a permis de franchir le cap des 5 millions de dollars investis au CSSS de Rivière-du-Loup, concrétisant sa mission, et ce, dans le plus grand respect de la volonté de ses donateurs.

Oeuvrant de concert avec la direction du CSSS de Rivière-du-Loup, les différents dossiers traités cette année ont permis des acquisitions de l'ordre de 228 000 $. En outre, résultant de la dernière campagne annuelle, le laboratoire de pathologie est dorénavant équipé d'un appareil d'automatisation de coloration de lames qui a grandement amélioré la productivité du service et la qualité des résultats d'analyse en immunohistochimie. La plus récente campagne de Noël a, quant à elle, permis à la Fondation de contribuer au recrutement d'une troisième spécialiste en ophtalmologie et à l'achat d'équipements pour ce service.

Les activités-bénéfice de la Fondation dont le « Golf en santé » et la « Loto-Voyage » continuent d'offrir aux gens du milieu et aux employés et professionnels du CSSS l'opportunité de se rallier à la cause et de contribuer à l'essor de notre organisme. Par ailleurs, dans le cadre de son programme « Équipements utiles au quotidien », la Fondation a autorisé encore cette année le financement de petits équipements pour répondre à certains besoins exprimés par le personnel des différents services du CSSS; l'investissement a été de l'ordre de 50 000 $.

L'apport essentiel de la Fondation au développement du CSSS est sans équivoque et elle a, jour après jour, besoin de l'appui de tous afin de poursuivre sa mission. Il importe de témoigner de sa reconnaissance à ceux qui collaborent à ses succès. C'est nécessairement grâce à tous ses donateurs, fidèles partenaires, bénévoles ainsi qu'aux participants aux différentes activités que la Fondation peut jouer son rôle essentiel au sein de sa communauté.

Johanne Lizotte
Directrice générale

17. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Préambule

Une conduite conforme à l'éthique demeure une préoccupation constante du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics. Dans le respect de la mission et des valeurs fondamentales de l'établissement, il est opportun de rassembler dans le présent Code les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

La mission du CSSS de Rivière-du-Loup est :

- Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne.
- Assurer aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du KTB, un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée.
- Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance.
- Assurer la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les 4 mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :

o Centre local de services communautaires (CLSC);
o Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
o Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
o Centre de réadaptation en dépendance (CRAT).

Les valeurs privilégiées par le CSSS de Rivière-du-Loup et adoptées au conseil d'administration du 1er mars 2006 sont la PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE, le RESPECT, la SOLIDARITÉ, la COMPÉTENCE et l'INNOVATION.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1.1 Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportements attendus de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, en particulier des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils aient cessé leurs
- fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

1.2 Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

1.3 L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

1.4 L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise ou en est membre.

2. DÉFINITIONS

2.1 Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « Administrateur » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
b) « Conflit d'intérêts » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
c) « entreprise » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.
d) « établissement » désigne le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup
e) « proche » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère ou la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

3. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

À cette fin, l'administrateur :

3.1 Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;

3.2 Témoigne d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

3.3 S'assure de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;

3.4 S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

3.5 S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence.

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

3.6 Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

3.7 S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

3.8 Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

3.9 Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard de renseignements confidentiels dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

3.10 Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

3.11 Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou

de harcèlement prohibé par la loi.

3.12 S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

3.13 Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté

A cette fin, l'administrateur :

3.14 Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

3.15 Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

3.16 Évite les conflits de devoirs et d'intérêts.

3.17 Ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une soumission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

3.18 Autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans un sujet ou une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

3.19 De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet ou l'entreprise est débattue.

3.20 Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1.).

Le directeur général et les conflits d'intérêts

3.21 Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

3.22 Doit, comme directeur général, dans les soixante jours suivants sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général, et à chaque année, dans les soixante jours de l'anniversaire de sa nomination.

3.23 Doit, comme directeur général, dans les trente jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

3.24 Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Biens de l'établissement

3.25 Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

3.26 Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

3.27 Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

3.28 Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3.29 Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

3.30 Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

3.31 S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.

3.32 S'abstient de manœuvrer pour favoriser ses enfants, des amis ou des proches.

3.33 S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

Après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

A cette fin, l'administrateur

3.34 Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

3.35 Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

3.36 S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

3.37 En tout temps, ne fait pas usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

3.38 Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION

Comité d'éthique et de déontologie

4.1 Un comité d'éthique et de déontologie de trois membres, nommés par le conseil d'administration parmi ses membres,

veille à l'application du présent code.

4.2 Ce comité est constitué au besoin lors du dépôt d'une plainte. Introduction d'une demande d'examen

4.3 Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du CA ou, s'il s'agit de ce dernier, au vice-président du CA. Le comité doit alors être formé et se réunir, au plus tard dans les trente jours suivants.

Examen sommaire

4.4 Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article 4.3, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

4.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

4.6 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est en cours à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne, si elle lui est connue, qui a demandé la tenue de l'enquête.

Information de l'administrateur concerné

4.7 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable ne dépassant pas trente jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent aux manquements reprochés.

Transmission du rapport au conseil

4.8 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

4.9 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise. La décision est finale et sans appel.

Sanctions

4.11 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont :

- le rappel à l'ordre;
- la réprimande;
- la suspension;
- le recours en déchéance de charge.

L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

5. ENGAGEMENTS

5.1 Dans les soixante jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement relatif au Code d'éthique (voir Annexe I) ainsi que la déclaration des intérêts (Annexe II) inclus au présent Code.

5.2 Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante jours de son entrée en fonction.

5.3 De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante jours de son entrée en fonction, l'affirmation d'office et de discrétion du responsable (voir annexe III).

6. PUBLICITÉ DU CODE

6.1 L'établissement doit remettre un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à chaque membre du conseil d'administration.

6.2 L'établissement doit rendre disponible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.

6.3 L'établissement doit publier dans son rapport annuel l'information relative à l'existence de code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration et à la façon de l'obtenir ou de le consulter.

6.4 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendus, révoquées ou déchues de charge.

« L'intégrité de l'administration d'un établissement, dont dépendent la valeur et l'efficacité de son action, n'est assurée qu'avec l'appui personnel et sans faille de chacun de ses administrateurs. »

Janvier 2009

18. Acronymes

ACR	Arrêt cardio-respiratoire	MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
ADGSSSQ	Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux	MESSF	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille
AEO	Accueil, évaluation, orientation	MAFCF	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
AMP	Activités médicales particulières (urgence, hospitalisation, soins prolongés et obstétriques)	MRC	Municipalité régionale de comté
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées	OBNL	Organisme à but non lucratif
ASI	Assistant au supérieur immédiat	OEMC	Outil d'évaluation multi clientèle
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale	OPTIMAH	Optimisation des soins à la personne âgée en milieu hospitalier
AVQ	Activités de la vie quotidienne	OSBL	Organisme sans but lucratif
AVD	Activités de vie de la vie domestique	PACE	Program of All-inclusive Care for Elderly (Canada et États-Unis)
CAB	Centre d'action bénévole	PACS	Picture Archiving and Communication System
CAUR	Centre affilié universitaire régional	PAD	Programme d'adaptation de domicile
CC – DSP	Comité de concertation des directeurs de services professionnels	PAIR	Programme d'assistance individuelle aux personnes retraitées
CH	Centre hospitalier	PAR	Plan d'action régional
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire	PCFI	Plan de conservation fonctionnelle immobilier
CHR	Centre hospitalier régional	PDCI	Plan directeur clinique immobilier
CHRGP	Centre hospitalier régional du Grand-Portage	PDI	Plan directeur immobilier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
CHU	Centre hospitalier universitaire	PEI	Plan évolutif immobilier
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers	PEM	Plan d'effectif médical
CJ	Centre jeunesse	PFT	Programme fonctionnel et technique
CLSC	Centre local de services communautaires	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
CM	Conseil multidisciplinaire	PII	Plan d'intervention en contexte d'interdisciplinarité
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	PIJ	Programme d'intervention jeunesse
COA	Comité d'orientation et d'accès	PMEB	Plan de maintien de l'équilibre budgétaire
COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé	POAF	Programme d'optimisation de l'autonomie fonctionnelle
CR	Centre de réadaptation	POR	Pratiques organisationnelles requises
CRD	Centre de réadaptation en dépendances	PPA	Personne en perte d'autonomie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PSI	Plan de service individualisé
DAI	Défibrillateur automatique implantable	RA	Résidence d'accueil
DCI	Dossier clinique informatisé	RAC	Résidence à assistance continue
DG	Direction générale/directeur général	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

DM	Direction multi disciplinaire / Directeur multi-disciplinaire	RH	Ressources humaines
DRFMI	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles/Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles	RI	Ressource intermédiaire
DRH	Direction des ressources humaines/Directeur des ressources humaines	RLS	Réseau local de services
DRMG	Département régional de médecine générale	RNI	Ressource non institutionnelle
DSI	Direction des soins infirmiers/Directeur des soins infirmiers	RQCAA	Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés
DSIE	Demande de services inter établissements	RQT	Réseau québécois de télésanté
DSP	Direction des services professionnels/Directeur des services professionnels	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
DSP	Dossier de santé personnel	RTF	Ressource de type familial
DSQ	Dossier de santé du Québec	RUIJ	Réseau universitaire intégré jeunesse
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
EIG	Équipe d'intervention gériatrique	SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
ESSPSM	Équipe de soins et services partagés en santé mentale	SAD	Soins à domicile
ETC	Équivalent temps complet	SAG	Service ambulatoire gériatrique
ETP	Équivalent temps plein	SAJ	Stratégie d'action jeunesse
GBM	Génie biomédical	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
GMF	Groupe de médecine de famille	SHQ	Société d'habitation du Québec
HLM	Habitation à loyer modique	SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
I-CLSC	Intégration-CLSC (système informatique de données)	SIPA	Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
IEIR	Indice d'équité intra régionale	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée	SMSST	Système de management de la santé et de la sécurité du travail
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SOQIBS	Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	SRG	Supplément de revenu garanti
IPS	Infirmière praticienne spécialisée	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
IRH	Intervention de réadaptation avec hébergement	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec	UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	UCDG	Unité de courte durée gériatrique
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	UQAR	Université du Québec à Rimouski
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
MAD	Maintien à domicile	VADA	Ville amie des aînés

Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

CSSS de Rivière-du-Loup
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4